



Serviço de Auditoria Interna

Relatório de Atividades

3º Quadrimestre 2019

Índice

- I. Nota introdutória

- II. Atividades desenvolvidas
 - 1. Auditoria a Tempos de Faturação e Cumprimento da LCPA
 - 2. Revisão do Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades
 - 3. Parecer sobre documento solicitado pelo PCA da ULSM, EPE
 - 4. Análise de vários documentos remetidos pelo CA.
 - 5. Reunião com o Conselho Fiscal da ULSM, EPE
 - 6. Colaboração com entidades do SNS
 - 7. Participação em ações de formação internas
 - 8. Participação em reunião de auditores internos do SNS
 - 9. Elaboração do plano de atividades para 2020.

I. Nota Introdutória

O presente relatório pretende efetuar uma descrição sumária e objetiva das atividades desenvolvidas pelo Serviço de Auditoria Interna da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, durante o terceiro quadrimestre do exercício de 2019.

De notar que o auditor interno que subscreve o presente relatório iniciou funções em 1 de setembro de 2019, no decurso de concurso para as funções e na sequência da cessação de funções da anterior auditora interna, que elaborou relatório das atividades que desenvolveu ainda em 2019.

Nos termos do disposto na alínea d) do nº 2 do artigo 19º do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, Anexo III, compete ao Serviço de Auditoria Interna (SAI) *“elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar”*.

II. Atividades desenvolvidas

A auditoria interna é uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização. Assiste a organização na consecução dos seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, para a avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação.

A missão da auditoria interna consiste em aumentar e proteger o valor organizacional, fornecendo avaliação, assessoria e conhecimento baseados em risco.

De acordo com o artigo 19.º do anexo III ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, compete ao serviço de auditoria interna a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

O plano de atividades para 2019 havia sido elaborado pela anterior auditoria interna e aprovado pelo Conselho de Administração.

1. Auditoria aos tempos de faturação e cumprimento da LCPA

Auditoria realizada na sequência da Instrução n.º 4/2018 do GCCI- Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde.

2. Revisão do Reg. Com. Interna de Irregularidades

Em virtude de necessidade de atualização da legislação relacionada com o tema, foi efetuada a revisão do documento, com posterior divulgação conforme estabelecido.

3. Parecer sobre documento solicitado pelo PCA

Por solicitação do Presidente do C.A., foi analisado um documento relativo a uma proposta de protocolo.

4. Análise de vários documentos remetidos pelo C.A.

Na sequência do início de funções do auditor interno, foram disponibilizados pelo C.A. alguns documentos relacionados com a sua atividade para leitura e análise.

5. Reunião com o Conselho Fiscal

Por solicitação de vogal do C.A., foi convocada uma reunião do Conselho Fiscal, para apresentação do auditor interno e breve análise dos temas em que se deverá existir articulação entre este órgão e o auditor interno.

6. Colaboração com entidades do SNS

Para além da habitual colaboração com as várias entidades do SNS, mormente na partilha de relatórios, foi solicitada a colaboração do auditor interno no decurso de ação desenvolvida pela IGF – Inspeção Geral de Finanças junto da ULSM.

7. Participação em ações de formação internas

Na sequência do início de funções, ao auditor interno participou em ações de formação interna de caráter obrigatório, bem como outras de interesse para a função e para um melhor conhecimento da realidade da ULSM.

8. Participação em reunião de auditores internos do SNS

Participação em reunião de auditores internos do SNS, que decorreu nas instalações do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

9. Elaboração do plano de atividades para 2020

Nos termos do disposto na alínea d) do nº 2 do artigo 19º do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, Anexo III, compete ao Serviço de Auditoria Interna (SAI) “*elaborar o plano anual de auditoria interna*”.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Janeiro de 2020

O Serviço de Auditoria Interna

Jorge Nunes



Serviço de Auditoria Interna

Relatório de atividades

janeiro- agosto 2019

Serviço de Auditoria Interna

Fernandina Oliveira – Auditora Interna

agosto – 2019

Índice

Introdução	2
Atividades do Serviço de Auditoria Interna	3
1. Serviços de garantia	4
2. Serviços de assessoria e consultoria	8
3. Serviços especiais de investigação	8
4. Comunicação interna de irregularidades	8
5. Plano de prevenção de riscos	8
6. Relatório execução financeira	10
7. Outros serviços prestados	12
8. Reporte	13
Constrangimentos	14

Introdução

A atividade do Serviço de Auditoria Interna (SAI) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (ULSM) encontra-se regulada no artigo 19º do anexo III ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. De acordo com referido diploma, compete ao SAI a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Ainda de acordo com o mesmo diploma legal, compete em especial ao Serviço de Auditoria Interna:

- a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSM, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
- e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, a Administração Regional de Saúde do Norte e a IGAS.

O Plano Anual de Auditoria Interna (PAAI), aprovado pelo Conselho de Administração (CA) para o ano de 2019, identifica quatro áreas de atuação do SAI: serviços de garantia, serviços de assessoria e consultoria, serviços especiais de investigação e outros serviços prestados, nos quais se incluem a receção das comunicações de irregularidades, a avaliação do sistema de comunicação de irregularidades, o acompanhamento de auditoria realizadas por entidades externas, a verificação da implementação de recomendações efetuadas por entidades externas e colaboração com a ACSS, ARS Norte e IGAS.

O PAAI de 2019 foi elaborado em consonância com os objetivos estratégicos da ULSM, com a ressalva de que o seu cumprimento estaria dependente da capacidade de execução do SAI.

O presente relatório respeita ao período compreendido entre janeiro e julho de 2019 em virtude da mudança de Auditor Interno.

Atividades do Serviço de Auditoria Interna

O Serviço de Auditoria Interna fornece serviços independentes e objetivos de garantia e de consultoria, destinados a acrescentar valor e melhorar as operações da ULSM, e desta forma ajudar a organização a alcançar os seus objetivos, ao proporcionar uma abordagem sistemática e disciplinada de avaliação e melhoria da eficácia dos processos de governação, de gestão de risco e de controlo.

A atividade de auditoria interna apoia a ULSM na manutenção de controlos eficazes, através da avaliação da sua eficácia e eficiência e auxilia a gestão no aperfeiçoamento dos processos de gestão do risco.

Durante os meses de janeiro a julho de 2019 o SAI desenvolveu as atividades nas áreas a seguir elencadas:

1. Serviços de garantia;
2. Serviços de assessoria e consultoria;
3. Serviços especiais de investigação;
4. Comunicação interna de irregularidades;
5. Gestão de riscos de corrupção e infrações conexas;
6. Outros serviços prestados;
7. Reporte.

1. Serviços de garantia

Os serviços de garantia fornecem análises, conclusões e recomendações objetivas e independentes, relativas a processos de governação, de gestão do risco e de controlo interno de um serviço, operação, função, processo, sistema ou outra matéria. Estes serviços traduzem-se nas seguintes ações:

- Auditoria de serviços e processos planeadas;
- Auditorias contínuas, as quais são desenvolvidas num âmbito recorrente de acompanhamento e monitorização;
- Auditorias específicas solicitadas pelo Conselho de Administração.

Auditorias concluídas

O SAI apenas considera como terminadas as auditorias para as quais foi elaborado o respetivo relatório e após a submissão do mesmo ao Conselho de Administração.

Assim, no período em apreço foi elaborado o relatório final da auditoria realizada à UCSP de Sta. Cruz do Bispo.

UCSP de Sta. Cruz do Bispo

A Sra. Vogal do Conselho de Administração, Dra. Teresa Fernandes, solicitou uma auditoria à UCSP de Sta. Cruz do Bispo “(...) *com vista a concluir sobre a eventual necessidade de atuação disciplinar.*”, isto na sequência da nota de serviço do Conselho de Gestão do ACES de Matosinhos a solicitar uma auditoria para “(...) *avaliação e apuramento dos factos anteriormente identificados.*”, nomeadamente:

1. Incumprimento do horário de trabalho;
2. Ausência dos profissionais médicos do local de trabalho sem justificação;
3. Condicionamento pelos profissionais médicos da unidade dos agendamentos de consulta.

O período avaliado é de janeiro a outubro de 2017.

Conclusões

Na sequência dos resultados da auditoria realizada seguem-se as principais conclusões.

- a) A percentagem de utentes com episódios de consulta ou outros na UCSP de Sta. Cruz do Bispo foi inferior a de 50% dos doentes inscritos na lista dos médicos (49% no caso do médico Oliveira Monteiro e 43% no caso do médico Rigaud Abreu).

- b) A idade dominante dos utentes da lista dos médicos é acima dos 65 anos. No entanto destes utentes apenas 32% e 26%, médico Oliveira Monteiro e Rigaud Abreu respetivamente, tiveram contactos com o médico de família. Como é natural, é esta população que tem uma média maior de atos por utente. Os utentes do médico Oliveira Monteiro com mais de 65 anos tiveram em média 5,6 episódios ao passo que os utentes do médico Rigaud Abreu tiveram em média 5 episódios, isto durante os 10 meses analisados.
- c) Grande parte da produção realizada na UCSP de Sta. Cruz dos Bispo foi realizada sem a presença do doente, 45% no caso do médico Oliveira Monteiro e 41% no caso do médico Rigaud Abreu.
- d) A análise da produção com presença do utente mostra que no caso do médico Oliveira Monteiro 56% dos episódio foram agendamento enquanto que no caso do médico Rigaud Abreu o agendamento não ultrapassa os 32%.
- e) Quando se observa o número de dias entre a data de agendamento e a data de realização da consulta, conclui-se que mais de 50% dos agendamentos são efetuados para datas próximas, até 30 dias.
- f) Os agendamentos acima dos 71 dias são na ordem dos 7% no caso do médico Oliveira Monteiro e 12% no caso do médico Rigaud Abreu.
- g) A curta distância temporal entre agendamento e realização da consulta demonstra falta de planeamento da atividade presencial, com eventual prejuízo para a qualidade do serviço prestado aos utentes.
- h) Os tempos usados pelos médicos para a atividade assistencial é concentrado nas primeiras 3 horas da manhã, sendo que das 12 às 14 horas a atividade é residual. Ressalva-se que o horário de almoço dos médicos é das 13 às 14 horas e que a unidade encerra neste período.
Na análise ao mês de janeiro de 2019, verificou-se precisamente a mesma tendência.
- i) No horário lançado na aplicação de gestão de assiduidade SISQUAL o médico Oliveira Monteiro realizou atividade às terças-feiras das 14 às 17 horas sendo que nesses dias o horário aprovado era das 9 às 13 horas.
- j) O conselho de gestão do ACES de Matosinhos tem conhecimento desde os “*últimos anos*” de vários problemas relativos aos resultados da UCSP de Sta. Cruz do Bispo de acordo com a nota de serviço nº 22/CGACES/NA, de 16-06-2017, como a seguir se transcreve.

“(…) Nos últimos anos tem-se verificado uma evolução positiva dos resultados globais do ACES e da maioria das Unidades Funcionais que o compõe. A melhoria da qualidade global do ACES mede-se pelos seus resultados globais mas também pela diminuição da discrepância de resultados entre as Unidades Funcionais, sendo esse um garante de

maior equidade para os seus utentes. Nesse capítulo, verifica-se que a Unidade de Santa Cruz do Bispo apresenta resultados muito inferiores ao restante ACES, não se verificando a melhoria que é notória noutras unidades.

Os resultados menos conseguidos da UCSP Sta. Cruz verificam-se ao nível da produção clínica, na acessibilidade, no número de utentes que recorrem a alternativas assistenciais, nos resultados de contratualização, ao nível da satisfação dos utentes, ao número de reclamações e sua tipologia, resultados em auditorias clínicas e da qualidade, à insuficiência de registos clínicos, aos custos com prescrição, consumo e administrativo (incluindo arrendamento de instalações.

Desde há muito que os profissionais foram instruídos e apoiados por elementos da gestão do ACES para a resolução de alguns problemas internos mas sem resultado.

- k) De acordo com o artº 57º do Regulamento Interno da ULSM o Conselho de Gestão do ACES de Matosinhos tem as competências de:

1 (...)

a) É da responsabilidade do Conselho de Gestão, dentro das orientações estratégicas e operacionais estabelecidas pelo Conselho de Administração:

i. Assegurar e monitorizar a adequação, qualidade e eficiência dos serviços prestados pelo departamento;

(...)

iii. Estabelecer medidas necessárias à melhoria da orgânica e funcionamento do departamento, dentro do quadro global de funcionamento da U.L.S.M., E.P.E.,

(...)

xvi. Garantir a eficiente utilização da capacidade instalada, designadamente pelo pleno aproveitamento dos recursos humanos, equipamentos e infraestruturas afetos ao departamento;

- l) Entende-se que o Conselho de Gestão não exerceu as suas responsabilidades, tanto mais que reconhece não ter obtido resultado na resolução dos problemas na unidade, apesar de ter conhecimento nos “*últimos anos*” das situações.

Não obstante “*Desde há muito que os profissionais foram instruídos e apoiados por elementos da gestão do ACES para a resolução de alguns problemas internos (...)*”, isto mostra que as ações encetadas não foram as adequadas para resolver os problemas identificados na nota de serviço nº 22/CGACES/NA, de 16-06-2017.

Recomendações

Tendo em consideração o conteúdo do relatório da presente ação e em particular as suas conclusões, formulam-se as seguintes recomendações:

1. Reorganização da equipa da UCSP de Sta. Cruz do Bispo, nomeadamente substituição do Coordenador e da Assistente Técnica.
2. Agendamentos realizados de acordo com os horários dos médicos previamente aprovados pelo CA, por forma a valorizar o planeamento da atividade assistencial e principalmente por forma a planear a prestação de cuidados de vigilância e de prevenção aos utentes da Unidade.
3. O Conselho de Gestão deverá apresentar um plano de ação para reorganizar a Unidade com medidas concretas que respondam à recomendação da alínea anterior.

2. Serviços de assessoria e consultoria

Os serviços de consultoria e assessoria são realizados por solicitação específica do Conselho de Administração e têm como objetivo acrescentar valor e melhorar os processos de governação, de gestão do risco e de controlo da ULSM, EPE.

O SAI emitiu opinião sobre 5 documentos.

3. Serviços especiais de investigação

Estes serviços consistem na investigação independente e cujas conclusões assentam em factos apurados e avaliados. São serviços solicitados pelo Conselho de Administração os quais pela sua natureza não se enquadram nos serviços de garantia.

No período a que respeita o presente relatório foi encerrado um processo de inquérito:

4. Comunicação interna de irregularidades

De acordo com o artigo 4º do regulamento de comunicação interna de irregularidades após a receção o Auditor Interno efetua uma confirmação inicial, com base nos factos apresentados na comunicação de irregularidades, sobre a existência de fundamentos suficientes para dar origem a um processo de investigação interno e deve apresentar ao Conselho de Administração um relatório com os factos apurados e propor medidas.

Entre janeiro e julho de 2019 não foram rececionadas denúncias com indícios de irregularidade na organização e funcionamento da ULSM, EPE.

5. Plano de prevenção de riscos

Avaliar o plano de prevenção de riscos gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas e efetuar o respetivo relatório anual de execução é uma das competências do SAI, de acordo com os Estatutos da ULSM.

Plano de prevenção de riscos de gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas - 2019

O plano de prevenção de riscos de gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas é um instrumento que deve ser reavaliado periodicamente, isto porque a ULSM é uma organização dinâmica e opera em ambientes dinâmicos. Essa reavaliação deve:

- Ter em conta as alterações que possam ter ocorrido na organização e/ou no meio em que está inserida e que provoquem novos eventos e/ou eventos cujo risco não está devidamente avaliado;
- Aferir se os controlos implementados são eficazes;
- Identificar oportunidades de melhoria.

O plano está organizado por áreas e atividades. Na sua elaboração foram identificadas como sendo as áreas de maior risco de corrupção e infrações conexas as seguintes:

- Conflitos de interesses;
- Contratação pública;
- Recursos humanos;
- Sistemas de informação;
- Gestão financeira.

O plano elenca os riscos de conflitos de interesse e de corrupção e infrações conexas, bem como as medidas de controlo implementadas e/ou a implementar por forma a minimizar o risco inerente.

Relatório de anual do plano de prevenção de riscos de gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas-2018

O SAI avaliou a implementação das medidas constantes do plano bem como a sua eficácia. A avaliação do plano é sempre realizada em referência o ano anterior.

Conclui-se, ainda, que as ações não implementadas têm uma criticidade baixa e não comprometem o adequado controlo dos riscos associados aos eventos identificados no plano, isto porque os riscos estão mitigados por controlos adicionais.

O grau de implementação das medidas de controlo interno é satisfatório e para tal contribuiu, em larga medida, o facto de os responsáveis pelas respetivas áreas reconhecerem o plano de prevenção de riscos de gestão como um elemento importante para identificarem e mitigarem riscos inerentes às suas atividades.

Após a monitorização efetuada verificou-se que o grau de implementação dos mecanismos de controlo é satisfatório e conclui-se que o plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações, conexas está adequado aos riscos identificados.

No entanto, sendo a ULSM uma organizações dinâmica a atuar em ambientes dinâmicos, o plano deve ser revisto anualmente, nomeadamente sempre que se verifiquem alterações na instituição e/ou no meio em que está inserida, desde que estas alterações provoquem novos eventos, sempre que se verifique que os riscos/controles não estão devidamente avaliados e sempre que sejam identificadas oportunidades de melhoria.

6. Relatório execução financeira

O Despacho n.º 7709-B/2016, de 8 de junho, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde determina que todos os serviços e organismos dependentes ou tutelados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, incluindo as entidades públicas empresariais, devem remeter ao Ministro da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., relatórios trimestrais, elaborados pelo respetivo Auditor Interno, respeitantes à execução financeira no trimestre anterior.

Para responder a esta determinação a Auditora Interna elaborou os relatórios de execução financeira do 4º trimestre do ano de 2018.

Os relatórios de execução financeira relativos ao 1º e 2º semestre de 2019 não foram realizados em virtude de as demonstrações financeiras ainda não estarem validadas pelo serviço de gestão financeira na data de elaboração do presente relatório.

Relatório de execução financeira do quarto trimestre de 2018

Conclusões

A análise da performance da ULSM no 4º trimestre de 2018 apresentada ao longo do relatório, permite retirar as seguintes conclusões:

- O grau de execução orçamental da despesa no 4º trimestre de 2018 fixou-se em 79%, não sendo possível fazer a comparação com o período homólogo devido à diferença de metodologia para o cálculo dos compromissos assumidos;
- A execução da receita fixou-se nos 80% e à semelhança da despesa, também aqui não é correto fazer a comparação com o período homólogo;
- As alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º192/2015, de 11 de Setembro foram aplicadas pela primeira vez no ano de 2018. De acordo com o ponto 1.3.6 do Manual de Implementação, a informação comparativa relativa ao ano anterior baseia-se no POCMS através de uma mera conversão dos saldos para as contas e rubricas das demonstrações financeiras de acordo com o SNC-AP. Esta opção implicou a perda da comparabilidade;
- Em resultado da transição dos normativos do POCMS para o SNC-AP a posição financeira da Instituição foi alterada em 1.171.000 €;
- O resultado líquido do exercício é negativo em 20.045.890 €;
- Não obstante o reforço de verbas atribuídas pela Tutela (16.345.581€ para aumento de capital e 21.454.016€ para cobertura de prejuízos) o subfinanciamento crónico da ULSM continua a ser um problema para que esta cumpra a LCPA;
- A dívida total em dezembro de 2018 ascende a cerca de 30,6 M€, dos quais 27,7 M€ são relativos a fornecedores externos ao Estado;
- O valor total dos pagamentos em atraso ascende a 10,2 M€;
- A dívida total teve um decréscimo de 43,2%, fruto da redução em 68,3% dos pagamentos em atraso, o que traduz uma redução absoluta de 22 M€;
- Verifica-se uma redução da dívida em todos os prazos, exceção para a dívida vencida até 90 dias onde ocorre um aumento de 2,6% face ao período homólogo;
- A dívida vincenda diminuiu 1,5 M€, face a dezembro de 2017;
- O prazo médio de pagamentos (ponderado) fixou-se nos 217 dias, menos 167 dias quando comparado com o período homólogo.

Recomendações

A Lei n.º 8/2012 de 21 de fevereiro aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas, alterada pelas Leis n.os 20/2012, de 14 de maio, 64/2012, de 20 de dezembro, 66-B/2012, de 31 de dezembro, e 22/2015 de 17 março (LCPA), regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, alterado pelas leis n.os 64/2012, de 20 de dezembro, e 66-B/2012, de 31 de dezembro, e alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2015, de 2 de junho, estabelece que não se podem assumir compromissos que excedam os fundos disponíveis.

Desde 2013, a ULSM tem informado as entidades tutelares do incumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA) devido desajustamento do modelo de financiamento face à realidade e contexto geográfico e assistencial que afetam, estruturalmente, a sustentabilidade económica da ULSM, inviabilizando a obtenção de Resultados Operacionais e EBITDA positivos ou mesmo nulos.

7. Outros serviços prestados

Neste ponto são considerados outros serviços de natureza diversa prestados pelo SAI, a seguir elencados.

- Avaliação de procedimentos internos fora do âmbito das auditorias realizadas;
- Registo e controlo de autorização para a realização de eventos científicos ao abrigo do Decreto-Lei n.º 5/2017 – Portal da Comunicação – transparência e publicidade do INFARMED;

O SAI colaborou na elaboração de outros relatórios institucionais, concretamente:

- Governo Societário;
- Relatório e Contas.

8. Reporte

O SAI tem por competências a elaboração de vários relatórios que são aprovados e enviados pelo Conselho de Administração para entidades externas, nomeadamente. Entre janeiro e julho foram elaborados pelo SAI, e assegurado o seu envio, concretamente:

- Relatório Anual de Auditoria Interna
 - ▶ ACSS
 - ▶ ARS Norte
 - ▶ DGTF
 - ▶ IGAS
 - ▶ IGF
 - ▶ Tribunal de Contas
- Ações de controlo interno previstas
 - ▶ GCCI
- Execução das ações de controlo interno previstas – 1º semestre
 - ▶ GCCI
- Plano de prevenção de riscos de gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas
 - ▶ IGAS
 - ▶ IGF
 - ▶ CPC
- Monitorização do plano de prevenção de riscos de gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas
 - ▶ IGAS
 - ▶ IGF
 - ▶ CPC

Constrangimentos

O SAI é tem apenas um profissional - a Auditora Interna, o que originou o não cumprimento integral dos trabalhos de garantia previstos no plano anual de auditoria interna, bem como o cumprimento da instrução nº 1/2019 do GCCI.

Serviço de Auditoria Interna

