



CENTRO  
HOSPITALAR  
PSIQUIÁTRICO  
DE LISBOA

## Relatório de Execução

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os  
riscos de Corrupção e de Infrações Conexas

---

2021

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Março 2022

## Índice

1. FICHA TÉCNICA.....	3
2. NOTA INTRODUTÓRIA.....	3
3. SUMÁRIO EXECUTIVO .....	5
4. ENQUADRAMENTO.....	5
5. METODOLOGIA .....	6
6. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS .....	7
7. Implementação das medidas por área .....	9
7.1 Transversais.....	9
7.2 Serviço Financeiro .....	11
7.3 Serviço de Gestão de Recursos Humanos .....	13
7.4 Serviço de Gestão Hoteleira.....	15
7.5 Serviço de Aprovisionamento .....	16
7.6 Serviço de Gestão de Doentes .....	18
7.7 Serviço Farmacêutico .....	19
7.8 Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação .....	21
8. CONSELHO DE PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO.....	23
9. CONCLUSÃO.....	24

## Relação de siglas e abreviaturas

ACSA	Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AD	Ajuste Direto
AT	Assistente Técnico
CD	Conselho Diretivo
CHPL	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
DGO	Direção Geral do Orçamento
ELO	Sistema registo biométrico
IIA	The Institute of Internal Auditors
INCM	Imprensa Nacional Casa da Moeda
PPRG	Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo riscos de corrupção e infrações conexas
RGPD	Regulamento Geral de Proteção de Dados
RH	Recursos Humanos
RHV	Recursos Humanos e Vencimentos
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SGRH	Serviço de Gestão de Recursos Humanos
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública
SICC	Sistema de Informação Centralizado de Contabilidade
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
STIC	Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação
TC	Tribunal de Contas
TDT	Técnico Diagnóstico e Terapêutica

## 1. FICHA TÉCNICA

<b>Responsável pelo Relatório</b>	Serviço de Auditoria Interna (SAI)
<b>Âmbito</b>	Elaboração do Relatório de Execução Anual do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de gestão e infrações conexas.
<b>Ciclo de realização</b>	25 de janeiro a 24 março de 2022
<b>Objetivos</b>	<p>A elaboração do presente Relatório encontra-se prevista no Plano Anual de Auditoria Interna de 2022 e decorre das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), tendo como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Verificar o grau de cumprimento das medidas propostas, por cada uma das áreas;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar os procedimentos instituídos e o Sistema de Controlo Interno;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Propor recomendações de melhoria;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Identificar eventuais situações de conflito de interesses e as acumulações de funções.</li> </ul>
<b>Aprovação do Conselho Diretivo</b>	Reunião do CD de ...

## 2. NOTA INTRODUTÓRIA

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), na sequência das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) 1/2009 de 1 de Julho e 1/2010 de 7 de Abril, elaborou o primeiro Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e Infrações Conexas (PPRG) em 2010 o qual foi atualizado em 2016 e em 2020 com a aprovação em reunião do CD de 23 de dezembro.

As Recomendações do CPC preconizam que sejam identificados, relativamente a cada área, processo e/ ou departamento:

- Os riscos de corrupção e infrações conexas;

- Com base na avaliação dos riscos, identificação de medidas adotadas que previnam a sua ocorrência;
- Identificação dos responsáveis envolvidos na gestão, responsáveis pela implementação das medidas preconizadas;
- Que seja efetuada a avaliação anual da execução do Plano.

Em 2015, o CPC emitiu nova Recomendação, com vista ao alargamento do âmbito dos Planos, passando a identificar-se a globalidade dos riscos de Gestão relativos às funções, ações e procedimentos realizados por todas as estruturas orgânicas.

Em 2017, o CPC efetuou um mapeamento das áreas e fatores de risco de corrupção e infrações conexas no Setor Público, identificando um conjunto áreas prioritárias na gestão pública. Nesta senda, em 02.10.2019 o CPC emitiu uma recomendação sobre a prevenção de riscos de corrupção na Contratação Pública e mais recentemente em 08.01.2020 reviu a anterior recomendação 2015, relativa à gestão de conflito de interesses no setor público.

A Gestão de Riscos é uma componente do controlo interno das organizações e visa identificar e prevenir atempadamente as áreas da organização com maior exposição ao risco. Esta gestão implica a elaboração de programas adaptados aos riscos subjacentes aos procedimentos e atividades que tenham ou possam, potencialmente, ter um impacto materialmente relevante. Os riscos de gestão, em que se incluem os riscos de corrupção e infrações conexas, configuram factos que envolvem potenciais desvios, gerando ou podendo gerar impacto nos resultados da atividade. Com base nos objetivos gerais traçados para o CHPL e atenta a sua estrutura organizativa, foram definidas as principais áreas identificadas como mais suscetíveis de gerarem riscos de gestão.

Por outro lado, segundo as normas internacionais para a profissão de auditoria interna, “a atividade de auditoria interna tem que avaliar e contribuir para os processos de governação, de gestão do risco e de controlo, utilizando uma abordagem sistemática e disciplinada.”(IIA N2100) e “a atividade de auditoria interna tem que avaliar a eficácia e contribuir para a melhoria da gestão do risco”. (IIA N2120).

Em observância com as recomendações do CPC procedeu-se à elaboração do Relatório de Execução Anual do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo riscos de corrupção e Infrações Conexas do CHPL respeitante ao ano de 2021, contribuindo para a obrigação de orientar esta instituição por princípios da prossecução do interesse público, da transparência, da justiça, da imparcialidade, da boa-fé e da boa administração.

### **3. SUMÁRIO EXECUTIVO**

O presente relatório sistematiza toda a informação obtida, no âmbito da implementação e monitorização do Plano aprovado, avaliando o grau de execução das medidas previstas para a prevenção dos riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, por cada um dos serviços, identificando as medidas implementadas, aquelas que ainda não foram implementadas, as que se encontram em fase de implementação e as que no decorrer do ano se julgaram inadequadas, ou sem efeito.

Não obstante as restrições provocadas pelas medidas de contenção da pandemia, houve um esforço de todos os serviços intervenientes, que se traduziu na atualização e revisão do PPRG durante o ano de 2020 e pelo elevado grau de implementação das medidas propostas no decorrer de 2021.

Conclui-se que foram implementadas 108 das 134 medidas propostas, apurando-se uma taxa de execução de 81%. Dois serviços têm implementadas a totalidade das medidas preventivas ou de controlo previstas no Plano.

### **4. ENQUADRAMENTO**

O CHPL possui diversas comissões, das quais, neste contexto, se destaca a Comissão de Gestão do Risco, focada nos riscos clínicos e outros e que tem proposto a correção e a normalização de procedimentos, com impacto também na mitigação dos riscos de gestão.

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa iniciou um processo de certificação faseada de serviços em conformidade com o Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde português, que é o Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (Modelo ACSA INTERNATIONAL), tendo sido certificados em 9 de junho de 2016 pelo Comité de Certificação do Departamento de Qualidade na Saúde os dois primeiros serviços de internamento: o Serviço Regional de Psiquiatria Forense e a Clínica 3.

Decorridos dois anos e meio, em outubro de 2018, foram realizadas as visitas de acompanhamento, pelos auditores da ACSA, aos dois serviços acima mencionados, tendo o Comité de Certificação do Departamento de Qualidade na Saúde deliberado manter o nível de certificação alcançado.

Presentemente encontram-se em fase final os processos de recertificação relativos à Clínica 3 e ao Serviço Regional de Psiquiatria Forense, cujas visitas de avaliação pelos auditores da ACSA foram realizadas em novembro de 2021.

Igualmente encontram-se também em fase final os processos de certificação, relativos a mais dois serviços, a Unidade Partilhada de Adolescentes e de Jovens Adultos e a Clínica 4 cujas visitas de avaliação pelos auditores da ACSA foram realizadas em outubro de 2021. A data de obtenção da certificação destes serviços deverá ocorrer em abril de 2022.

Por determinação do Conselho Diretivo em 2022 será elaborada e submetida a candidatura à Direção Geral de Saúde para início do processo de certificação integral ao CHPL, também segundo o modelo ACSA INTERNATIONAL.

## **5. METODOLOGIA**

No PPRG foram identificadas as áreas que apresentam maior exposição a riscos de gestão, incluindo riscos de corrupção e infrações conexas, tendo sido estabelecido um conjunto de medidas preventivas para a sua mitigação.

A metodologia utilizada na monitorização da execução do PPRG passou pelo envio aos serviços intervenientes numa tabela com a compilação dos riscos, medidas preventivas e

de controlo previstas no plano, solicitando a indicação o grau de execução das medidas e ações já implementadas ou em fase de implementação.

Sempre que se afigurou necessário, a informação foi complementada em reuniões com os responsáveis dos serviços e com evidências das ações desenvolvidas.

O Serviço de Auditoria Interna reuniu e classificou as ações desenvolvidas e apurou o grau de execução das medidas adotadas face ao risco.

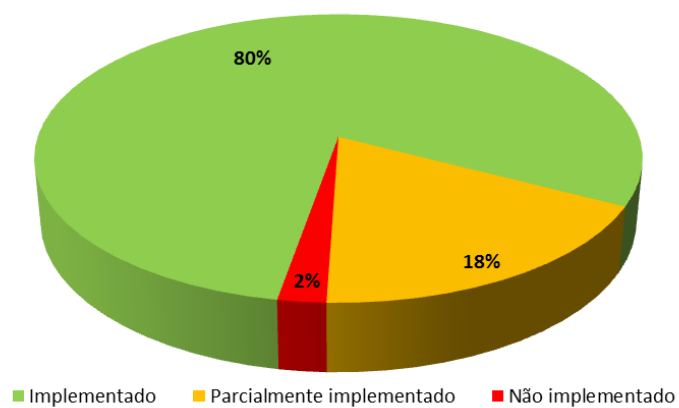
- Implementado – significa que o procedimento foi completamente executado;
- Parcialmente Implementado – significa que o procedimento foi executado apenas parcialmente ou está ainda em fase de implementação;
- Não implementado – significa que o procedimento não foi executado;
- Sem efeito – significa que se verificou que o risco ou o procedimento adotado seria desadequado face à realidade.

## 6. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram detetados um total de 80 riscos e propostas 134 medidas preventivas ou de controlo, com vista a reduzir a probabilidade da sua ocorrência ou minimizar os seus efeitos quando estes ocorrem. Das medidas propostas, 80% encontram-se implementadas e 18% em fase de implementação ou parcialmente implementadas, o que denota um elevado grau de comprometimento dos serviços na adoção de medidas que permitam mitigar os riscos identificados.

Áreas	Riscos				Medidas preventivas e de controlo
	Baixo	médio	Elevado	Total	
Transversais	8	10	0	18	20
Financeiro	10	4	0	14	21
Recursos Humanos	2	8	0	10	22
Gestão Hoteleira	2	4	0	6	9
Aprovisionamento	7	5	0	12	23
Gestão de Doentes	3	2	0	5	8
Farmácia	5	4	1	10	23
Sistemas e Tec. Informação	3	2	0	5	8
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>80</b>	<b>134</b>





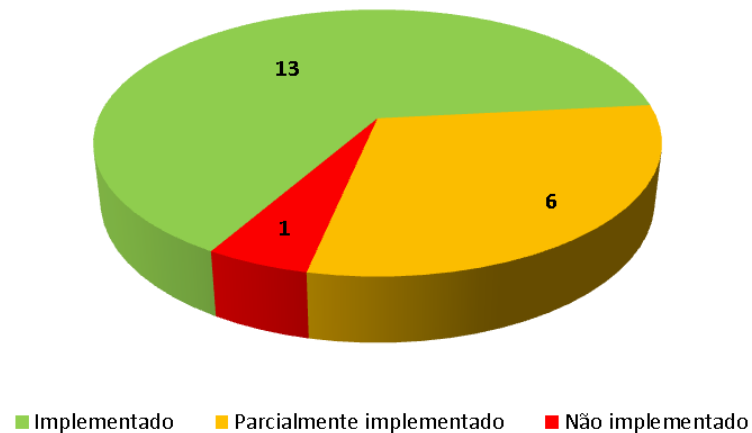
## 7. Implementação das medidas por área

### 7.1 Transversais

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação		Resposta ao Risco		Responsáveis	Grau de execução				Observações / Considerações
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco	Medidas preventivas e de controlo		Implementado	Parcialmente implementado	Não implementado	Sem efeito	
Delegação de competências	Abuso de autoridade delegada	1	1	Baixo	Publicação em Diário da República das delegações e subdelegações de competências	CD	●				
	Exercício indevido de autoridade delegada	1	2	Baixo	Disponibilização na Intranet das delegações e subdelegações de competências. Criação um repositório de registo informático contendo todas as delegações e subdelegações vigentes, revogadas e caducadas.	CD		●	●		As delegações de competências estão publicadas em DR, não existe um repositório com o histórico das mesmas.
Acumulação de funções público-privadas	Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada	2	2	Médio	Subscrição de declaração em que seja assumido de forma inequívoca que as funções privadas não coincidem com as funções que exerce no CHPL nem colocam em causa a isenção e o rigor da sua ação.	CD e Dirigentes	●				
	Exercício de atividades não autorizadas	2	2	Médio	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos nos artigos 21º a 24º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.	CD e Dirigentes	●				
	Exercício da atividade privada durante o horário de trabalho	2	2	Médio	Controlar regularmente e aleatoriamente os pedidos autorizados de acumulação com funções privadas, no sentido de verificar a sua atualidade e abrangência. Rever anualmente todas as aprovações de acumulação de funções privadas.	CD e Dirigentes		●			
	Não declaração de conflitos de interesse	2	1	Baixo	Subscrição de declaração de inexistência de conflito de interesses em cada procedimento para todos os intervenientes que tenham influência na tomada de decisão.	CD e Dirigentes	●				
	Tratamento privilegiado de familiar, amigo, concorrente, fornecedor ou alguém interessado na decisão	2	2	Médio	Controlar regularmente e aleatoriamente os pedidos autorizados de acumulação com funções privadas, no sentido de verificar a sua atualidade e abrangência.	CD e Dirigentes				●	Não foi considerado, este risco está previsto nos conflitos de interesses
Relações de hierarquia	Tomada de medidas lesivas contra os colaborador que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	1	3	Médio	Existência de mecanismos legais para os colaboradores reportarem o eventual envolvimento de superiores hierárquicos e/ou outros colaboradores em condutas corruptas ou consideradas inapropriadas	CD e Dirigentes	●				
	Dissimulação ou não deteção de conduta corrupta de colaborador	1	3	Médio	Realizar ações de formação de dirigentes, chefias e colaboradores sobre os riscos de corrupção e as formas como os gerir. Realizar auditorias regulares de trabalhos expostos a maiores riscos de corrupção.	CD e Dirigentes Dirigentes e Aud. Int.	●	●			
Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoas ou processos	2	2	Médio	Subscrição de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento para todos os intervenientes que tenham influência na tomada de decisão.	CD e Dirigentes	●				
	Favorecimento de um fornecedor, no qual o dirigente, chefia ou colaborador, tenha algum interesse na tomada de decisão Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato	2 1	2 2	Médio Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão. Promover a tomada de decisões colegiais.		● ●				
Dever de sigilo	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	2	2	Médio	Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependente de um processo de autenticação.	CD e Dirigentes	●				
	Divulgação aos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa	2	2	Médio	Sujeição de todos os dirigentes e colaboradores ao dever legal de sigilo.		●				
Favorecimento	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados	2	2	Médio	Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos.	CD e Dirigentes		●			Em implementação medidas de reforço da segurança do acesso aos dados, através do registo de atividades, eliminação de perfis genéricos, etc.
	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	1	1	Baixo	Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis. Promover a tomada de decisões colegiais.		CD e Dirigentes	●	●		
Segurança das Instalações	Risco de Incêndio	1	2	Baixo	Implementação de um Plano de Segurança das Instalações	CD e Dirigentes		●			
	Risco de intrusão e roubo de bens	1	2	Baixo							

Considerou-se a existência de riscos transversais a toda a entidade, nomeadamente questões relacionados com os princípios e valores da entidade, como a ética, transparência, imparcialidade e a isenção.

As medidas de caráter transversal apresentam um grau de implementação de 65%, de salientar a existência de um mecanismo legal para os colaboradores reportarem eventuais irregularidades, preenchimento de declaração de não existência de conflito de interesses na tomada de decisões, autorização para o desempenho de funções privadas, existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisões e a promoção de tomada de decisões colegiais.



## 7.2 Serviço Financeiro

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis	Grau de execução				Observações / Considerações
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco			Implementado	Parcialmente implementado	Não implementado	Sem efeito	
Gestão de tesouraria	Desvio de fundos de caixa	2	2	Médio	Reconciliação bancária por trabalhador não afeto à tesouraria.	Diretor serviço e Aud. Int.	●				
					Contagens periódicas da caixa efetuadas pelo Auditor Interno.		●				
					Circularização periódica dos saldos de terceiros.		●				
Fiabilidade da base de dados dos fornecedores	Alteração de dados dos fornecedores não autorizada, em particular a alteração do IBAN	1	1	Baixo	Segregação de funções entre quem faz o registo dos fornecedores, quem confere, paga e autoriza.	Diretor serviço	●				
					Circularização periódica dos saldos de terceiros.		●				
					Alteração dos dados de fornecedores dependente de comunicação escrita do fornecedor.		●				
Fornecedores	Pagamento mais célere a determinados fornecedores	1	1	Baixo	Obrigatoriedade de proceder aos pagamentos por ordem de antiguidade de saldos, identificando os fornecedores excecionados da regra.	Diretor serviço	●				
Cobrança de receitas e pagamentos de despesas	Pagamentos e recebimentos diferentes dos montantes a pagamento/recebimento	2	2	Médio	Reconciliação de contas de Clientes periodicamente, por profissional não afeto a esta tarefa. Reconciliação de contas correntes de Fornecedores com extratos emitidos pelas entidades.	Diretor serviço	●				
	Cobranças não depositadas	1	1	Baixo	Proceder ao depósito diário dos valores cobrados.		●				As cobranças em numerário não são habituais, mas quando ocorrem o depósito é efetuado no dia seguinte
	Pagamento indevido por IBAN ou valor errado	2	2	Médio	Segregação de funções entre a conferência, processamento e pagamento. Reconciliações bancárias mensais efetuadas por profissional diferente de quem realizou os registos contabilísticos e de tesouraria.		●	●			É necessário o reforço dos RH para assegurar uma efetiva segregação de funções
	Falta de registo contabilístico de documentos em tempo útil	2	1	Baixo	Todas as faturas rececionadas devem ser imediatamente contabilizadas.		●				
	Pagamento de despesas sem visto prévio do Tribunal de Contas	1	2	Baixo	Comunicação entre o aprovisionamento e Serviço financeiro para segregar esses processos.		●				
	Controlo orçamental	Cabimentação com a classificação económica errada	2	1	Baixo		Realização de controlos sistémicos no encerramento do mês. Verificação de todos os documentos antes do pagamento, existência de autorizações e o controlo da situação tributária e contributiva do fornecedor.	Diretor serviço	●		
Emissão de compromissos em incumprimento da LCPA		2	1	Baixo	●						
Realização de despesa sem suporte prévio		1	1	Baixo	●						
Ativos Fixos	Cadastro dos Ativos desatualizado ou incorreto, não refletindo de forma verdadeira a realidade do CHPL	1	1	Baixo	Registo mensal das depreciações dos bens.	Diretor serviço	●				O cadastro dos bens está a ser atualizado após a aquisição de uma
					Conferência regular entre as compras e o registo dos Ativos.		●	●			
Prestação de Contas	Informação orçamental e financeira reportada à DGO e ACSS desatualizada ou incorreta	1	1	Baixo	Procedimentos de monitorização instituídos no fecho dos períodos contabilísticos.	Diretor serviço	●				
					Relatórios de execução financeira elaborados pelo Auditor Interno.		●				
Manuais de Procedimentos	Falta de standardização, incorreções e falhas dos procedimentos	2	2	Médio	Criação de manuais de procedimentos para as tarefas mais críticas.	Diretor serviço		●			Existe um regulamento de 2010 e uma descrição das funções de 2014, em produção e atualização manuais de procedimentos.

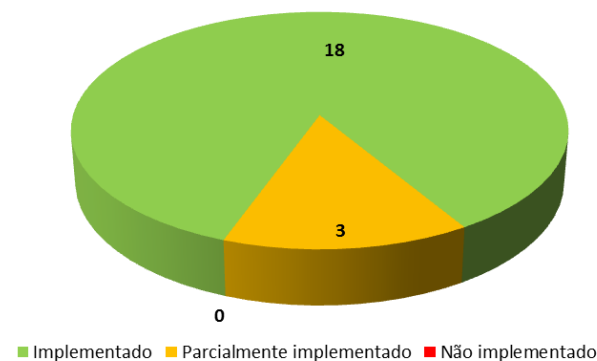
O Serviço financeiro desenvolve as suas atividades suportado pela aplicação de contabilidade SICC, todos os movimentos financeiros são efetuados através do homebanking do IGCP e utiliza ainda aplicações da DGO, TC ou ACSS para reportes e cumprimento de obrigações legais.

No PPRG foram considerados os riscos no Serviço de Aprovisionamento referentes à gestão do património, nomeadamente registo de novos bens, abate, valorização e transferência de bens, tendo-se no entanto verificado que essas funções estão adstritas ao Serviço Financeiro, e que existe uma oportunidade de melhoria na resposta aos riscos identificados.

A área do cadastro dos bens e a sua atualização permanente afigura-se como a área que necessita de maior acompanhamento no âmbito das medidas preventivas de resposta ao risco.

Foram lançados concursos para o reforço dos RH no serviço financeiro de forma a minorar as carências de pessoal detetadas.

Estão a ser elaborados/atualizados regulamentos e manuais de procedimentos do serviço, pelo que se considerou que as medidas de mitigação do risco estão em fase de implementação.



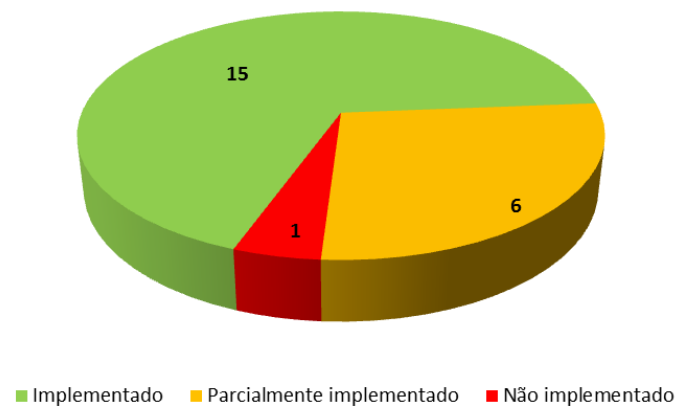
### 7.3 Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis	Grau de execução				Observações / Considerações
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco			Implementado	Parcialmente implementado	Não implementado	Sem efeito	
Recrutamento e seleção de Pessoal	Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção de pessoal e dos resultados das decisões de avaliação.	1	3	Médio	Definição objetiva e aprovação prévia dos critérios de avaliação, de modo a simplificar a fundamentação das decisões de contratação.	Diretor serviço	●				
	Favorecimento por parte do júri (quebra dos deveres de isenção, transparência e imparcialidade no decorrer de procedimentos concursais)	1	2	Baixo	Utilização de critérios de avaliação objetivos e de acordo com a legislação em vigor para cada carreira.	Diretor serviço	●				O recrutamento e seleção de trabalhadores está sujeita às diferentes portarias que regulamentam a tramitação do procedimento concursal das diversas carreiras gerais e especiais da saúde que fixam critérios objetivos de avaliação
					Publicitação dos critérios de seleção de candidatos previamente ao lançamento dos procedimentos concursais.		●				
					Constituição do júri com número mínimo de 3 elementos.		●				
					Diversificação dos elementos que compõem os júris de concurso.		●				
Obrigatoriedade dos membros do júri de preencherem declaração de inexistência de conflito de interesses.	●										
Gestão de Recursos Humanos	Assiduidade	2	2	Médio	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal.	Diretor serviço	●				
	Processamento de vencimentos sem aderência à assiduidade dos colaboradores e/ ou ao seu índice remuneratório	1	3	Médio	Conferência da informação retirada das aplicações de processamento de vencimentos, registos de assiduidade e cadastro do pessoal.	Diretor serviço		●			Autorizações dos valores a pagar devem ser suportadas pelo registo
					Segregação de funções entre quem efetua a autorização, a comunicação e o registo das alterações mensais.		●			Necessidade de reforço de RH	
	Processamento de outros abonos ao pessoal (Ex: ajudas de custo, horas extraordinárias) sem correspondência com efetivas prestações de trabalho pelo pessoal	1	3	Médio	Conferência dos processamentos de salários com os respetivos documentos de suporte dos abonos ou horas extra.	Diretor serviço	●				Autorizações dos valores a pagar devem ser suportadas pelo registo
					Auditorias regulares ao processamento.	Diretor serviço Aud. Int.		●			
	Acesso indevido a informação confidencial dos funcionários	1	1	Baixo	Acesso aos processos individuais controlado.	Diretor serviço	●				
					Acesso restrito aos sistemas de informação através de senhas de acesso.		●				
Formação sobre o Regime Geral de Proteção de Dados.							●			Necessidade de formação em RGPD	
Acesso interdito ao BackOffice, de profissionais não pertencentes ao serviço.	●										
Utilização excessiva do recurso a trabalho extraordinário	2	2	Médio	Recurso a trabalho extraordinário de forma esporádica e devidamente justificado, planeamento das tarefas e dos recursos humanos disponíveis.	Diretor serviço		●			Recurso a trabalho suplementar frequente devido a escassez de RH	
Utilização da contratação de prestações de serviços como mecanismo para satisfação de necessidades de carácter permanente	2	2	Médio	Levantamento das necessidades de pessoal de carácter permanente; Recurso aos instrumentos legais de contratação.	Diretor serviço	●					
Avaliação dos colaboradores	Potencial discricionariedade no processo de avaliação dos colaboradores	2	2	Médio	Definir à priori os critérios de aplicação das quotas.	Diretor serviço	●				Aplicação do SIADAP
					Comunicação atempada aos avaliadores as quotas atribuídas.		●				
					Monitorizar o cumprimento dos prazos para a avaliação, atribuição de objetivos e homologação das avaliações.			●			
					Efetuar o registo das avaliações de desempenho atribuídas no RHV.		●				
Manuais de Procedimentos	Falta de estandardização, incorreções e falhas dos procedimentos	2	2	Médio	Criação de manuais de procedimentos para as tarefas mais críticas.	Diretor serviço			●		Em fase preparatória a elaboração de manual(ais) de procedimentos de gestão de recursos humanos do CHPL

O Serviço de Gestão dos Recursos Humanos tem implementadas muitas das medidas de resposta ao risco que constam do plano, o serviço utiliza fundamentalmente duas aplicações informáticas, o RHV para processamento de vencimentos e o ELO para o controlo da assiduidade e faltas.

A implementação de algumas medidas, como a elaboração de normas e manuais de procedimentos atualizados foram comprometidas pelo facto do serviço não ter tido diretor até novembro.

A produção de manuais, regulamentos e formulários e a sua divulgação e aplicação na atividade do serviço e da instituição, visam prevenir que determinados riscos se possam concretizar. Estando já em fase de desenvolvimento vários documentos, existe uma oportunidade de melhoria significativa neste contexto.



## 7.4 Serviço de Gestão Hoteleira

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis	Grau de execução				Observações / Considerações
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco			Implementado	Parcialmente implementado	Não implementado	Sem efeito	
Prestação de serviços	Inexistência de mecanismos de controlo interno para avaliação dos serviços prestados	1	2	Baixo	Preenchimento, com periodicidade mensal, de questionários de avaliação a todas as unidades orgânicas, abrangidas pela prestação.	TSDT Dietética e Nutrição/Responsável de Serviço	●				
Obrigações decorrentes dos Cadernos de Encargos	Incumprimento por parte da empresa de Alimentação	2	2	Médio	Existência de mecanismos de controlo que permitam registar diariamente, o que foi pedido e o que foi fornecido, no que respeita a quantidades (capitação) e qualidade do fornecimento, no que respeita a: - Quantidade: Todas as refeições solicitadas através da aplicação SClinico, pelo que o seu fornecimento é monitorizado a cada refeição. - Qualidade: elaboração de um plano/check list com estabelecimento dos parâmetros a serem verificados, atento o conteúdo contratual	TSDT Dietética e Nutrição/Responsável de Serviço	●				
	Fornecimento de refeições sem justificação	2	1	Baixo	Existência de mecanismos de controlo que permitam cruzar o número de refeições solicitadas pelos serviços com o número de dias de internamento registados; Elaboração de estatísticas mensais e confirmação das faturas por elemento responsável pelo SAD.	TSDT Dietética e Nutrição/AH Responsável SH	●				
	Incumprimento por parte da empresa de tratamento da roupa	2	2	Médio	Existência de mecanismos de controlo que permitam evidenciar necessidades dos serviços, conforme CE, não satisfeitas ou satisfeitas com anomalias.	Encarregado Operacional/AH Responsável SH	●				
	Incumprimento por parte da empresa de limpeza	2	2	Médio	Existência de mecanismos de controlo que permitam evidenciar necessidades dos serviços, conforme CE, não satisfeitas ou satisfeitas com anomalias. Validação de horas faturadas versus horas efetuadas.	Encarregado Operacional/AH Responsável SH	●				
	Incumprimento por parte da empresa de segurança	2	2	Médio	Existência de mecanismos de controlo que permitam verificar em tempo útil se o serviço foi prestado por parte da empresa. Registo diário/mensal de check-list de controlo interno.	Encarregado Operacional/AH Responsável SH	●				
								●			

As medidas preventivas e de controlo de resposta aos riscos identificados no PPRG estão integralmente implementadas no Serviço de Gestão Hoteleira, tendo sido detetados durante o decorrer do ano necessidade de aprofundar a definição de riscos potenciais, nomeadamente com foco nos riscos para os utentes e nas respetivas medidas de resposta, que serão incluídas da revisão do PPRG.



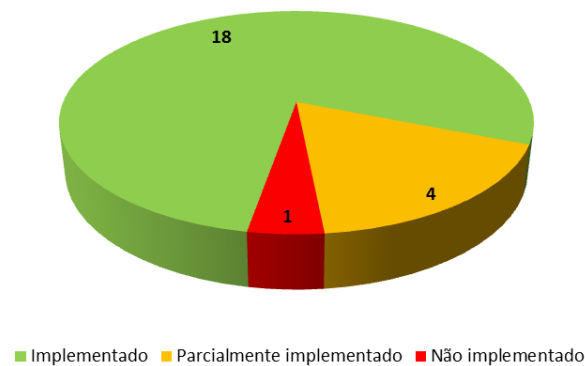
## 7.5 Serviço de Aprovisionamento

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis	Grau de execução				Observações / Considerações
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco			Implementado	Parcialmente implementado	Não implementado	Sem efeito	
Procedimentos de aquisição de bens e serviços e empreitadas	Incorreções na avaliação inicial da necessidade de aquisição	2	1	Baixo	Elaboração obrigatória de informação que expressa a necessidade da aquisição.	Diretor serviço	●				
	Não submissão do procedimento à concorrência	1	3	Médio	Estabelecer como regra o convite a vários fornecedores.	Diretor serviço		●			O convite a vários fornecedores e o registo dos procedimentos na plataforma eletrónica são respostas ao risco já implementadas.
					Procedimento de avaliação regular do desempenho dos fornecedores.	Diretor serviço		●			
					Registo dos procedimentos na plataforma eletrónica.	Diretor serviço	●				
	Fracionamento de despesa (repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano)	1	2	Baixo	Implementação de Plano Anual de Compras.	CD Diretor serviço	●				
	Desdobramento de contratos para possibilitar o procedimento de ajuste direto, podendo privilegiar fornecedores	2	1	Baixo	Correta definição das necessidades e planeamento de compras anual.	Diretor serviço	●				
	Inexistência ou deficiente aplicação de penalizações por incumprimento parcial ou total de contratos	2	2	Médio	Inclusão no Caderno de Encargos de cláusulas sobre penalizações por incumprimento e aplicação das mesmas.	Diretor serviço	●				Medidas preventivas e de controlo dependentes, principalmente, das funções do gestor do contrato ou do serviço requisitante (quando não há gestor, AD simplificados)
					Reporte da situação de incumprimento pelo serviço ou gestor do contrato e aplicação das cláusulas.	Gestor contrato		●			
	Não conformidade entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas no caderno de encargos	1	2	Baixo	Verificação exaustiva das cláusulas do contrato que devem coincidir com as cláusulas do caderno de encargos com os ajustamentos resultantes da proposta do adjudicatário.	Diretor serviço	●				
	Pagamentos efetuados sem confirmação de que os bens, serviços ou empreitadas foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.	1	3	Médio	Envio dos documentos financeiros para pagamento só poderá ocorrer após confirmação de que os bens/serviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.	Diretor serviço	●				
	Favorecimento de Fornecedores (especificações/cadernos de encargos pouco específicos e incompletos, incumprimento das regras contratuais; avaliação das propostas com critérios subjetivos)	2	2	Médio	Diversificação na constituição dos júris.	Diretor serviço	●				
					Utilização de critérios de seleção objetivos.		●				
					Auditorias internas regulares.		●				
					Obrigatoriedade de todos os intervenientes na avaliação de propostas preencherem declaração de inexistência de conflito de interesses.		●				
					Cumprimento do estipulado no manual de procedimentos.		●				
Risco de contratação de trabalhos não previstos (trabalhos extra)	2	2	Médio	Elaboração de cláusulas no Caderno de Encargos que prevejam a ocorrência destas situações.	Diretor serviço	●					
Gestão de garantias dos bens, da prestação e libertação de garantias / caucões bancárias	2	1	Baixo	Definição de um procedimento de gestão das garantias, com prazos e condições.	Diretor serviço		●				
Gestão do património	Falhas no registo dos bens, preenchimento de taxas da amortização, valores de reavaliação e alteração na localização dos bens	2	2	Médio	Segregação de funções entre o registo de fichas e etiquetagem e o manuseamento dos bens; Controlo regular do cadastro dos bens com verificações aleatórias e conciliação da informação; Realização de inventários periódicos.					A gestão dos bens inventariáveis é efetuado no serviço financeiro, pelo que se considerou "sem efeito" na matriz do serviço de aprovisionamento	
	Abate indevido de bens	1	3	Médio	Ficha de abate tem de ser sempre validada no serviço de instalações e equipamentos e no serviço onde o bem estava afetado; Entrega de autorização de abate quando do levantamento do bem.						
	Utilização indevida de bem abatido documentalmente sem confirmação do abate físico do bem	2	2	Médio	Verificações aleatórias dos bens que permitam identificar bens abatidos documentalmente mas sem abate físico; Verificação de autos de abate.						
	Transferência indevida de bens	3	1	Médio	Manter inventário atualizado; Revalorização dos ativos fixos que continua estão ativos já após o fim da vida útil;						
	Incorreta valorização dos ativos do CHPL	2	1	Baixo	Auditorias ocasionais aos serviços; Entrega aos serviços de relação de bens à sua responsabilidade; Relação dos bens inventariáveis em cada divisão.						
Desvio de bens inventariáveis	2	3	Alto								
Receção de materiais	Desconformidades entre a aquisição e a receção	1	2	Baixo	Segregação de funções entre aquisição e receção.	Diretor serviço	●				
					Dupla conferência quantitativa e qualitativa na receção dos bens com o preenchimento de um formulário de receção.		●				
					Envio de Nota de Encomenda ao serviço que efetua a receção.		●				
					Emissão frequente de listagem com notas de encomenda "não satisfeitas" para controlo.		●				
Armazém	Acesso indevido às instalações passível de provocar desvios de bens	1	2	Baixo	Controlo de acessos automatizado.	Diretor serviço	●				
					Video vigilância.						●

A aplicação do Manual de Procedimentos e de um Plano Anual de Compras, e a automatização de algumas tarefas como a publicitação dos procedimentos contribuem para um elevado grau de implementação das medidas preventivas e de controlo, e representa uma melhoria significativa face ao relatório anterior.

O risco referente à não aplicação de penalizações por incumprimento dos contratos, não está dependente apenas do serviço de aprovisionamento, uma vez que o gestor do contrato é frequentemente um colaborador de outra área, pelo que a definição de medidas para prevenir e minorar o impacto deste risco terão de ser mais desenvolvidas.

A escassez e a capacidade técnica dos Recursos Humanos e o apoio jurídico continuam a revelar-se como um fator determinante nesta área, devendo ser promovida a frequência de ações de formação adequadas e a partilha de conhecimento.



## 7.6 Serviço de Gestão de Doentes

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis	Grau de execução				Observações / Considerações
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco			Medidas preventivas e de controlo	Implementado	Parcialmente implementado	Não implementado	
Prestação de Serviços	Faturação incorreta por falta de identificação da entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados	1	2	Baixo	Elaboração e divulgação de procedimentos escritos.	Responsável de Serviço	●				
					Monitorização de ocorrência de erros de inserção através da emissão semanal, no GICG, de listagem de erros/lacunas existentes na informação inserida na ficha de identificação/ episódio, por utente e a respetiva correção dos dados.		●				
					Mapas arquivados digitalmente pela Coordenadora Técnica do Serviço de Gestão de Doentes, sendo a informação guardada 2 anos.		●				
Cobrança de taxas moderadoras	Falha na cobrança, conferência ou entrega de Taxas Moderadoras na Tesouraria do CHPL	1	2	Baixo	Existência de procedimentos escritos identificando de locais de cobrança, os circuitos e a identificação dos intervenientes e das tarefas desempenhadas; Emissão de listagem relativa ao ato prestado e montante cobrado e recebido, com identificação do nº de episódio, sempre que há lugar ao pagamento de taxa moderadora e envio no próprio dia da listagem aos Serviços Financeiros - Tesouraria para validação. Verificação semanal pela Responsável da Gestão de Doentes, através da identificação dos episódios realizados se houve atos suscetíveis de serem cobradas taxas moderadoras.	Responsável de Serviço				●	Não faz sentido considerar a existência deste tipo de risco uma vez que os Utentes do CHPL são todos isentos do pagamento desta taxa. Pode eventualmente ocorrer uma situação que um doente que não seja isento faça exames na Electroconvulsoterapia, circunstância em que a taxa moderadora é cobrada e são cumpridos os procedimentos estabelecidos para o efeito.
Salvaguarda dos bens	Extravio de bens constantes em espólio dos doentes internados	2	2	Médio	Regulamento de espólio de doentes agudos internados.	Responsável de Serviço	●				
					Verificação semanal pela Responsável do Serviço de Gestão de Doentes do cumprimento do Regulamento relativo ao espólio, produzindo evidência.		●				
Identificação de utentes	Recolha/atualização de dados incompleta ou incorreta criando dificuldades de identificação	2	2	Médio	Realização de verificações aleatórias regulares que visem identificar falhas nos dados de identificação;	Responsável de Serviço	●				
					Criação de regras de cruzamento de dados para garantir a correta identificação dos doentes.		●				
Confidencialidade da informação clínica	Risco de acesso e/ou divulgação indevida de informação clínica sigilosa por parte dos funcionários	1	1	Baixo	Sensibilização dos profissionais para o Código de Ética	Responsável de Serviço	●				

No Serviço de Gestão de Doentes, as medidas preventivas e de Controlo incluídas no PPRG estão integralmente implementadas, o risco relacionado com a cobrança de taxas moderadoras não foi considerado, uma vez que o CHPL não cobra estas taxas.

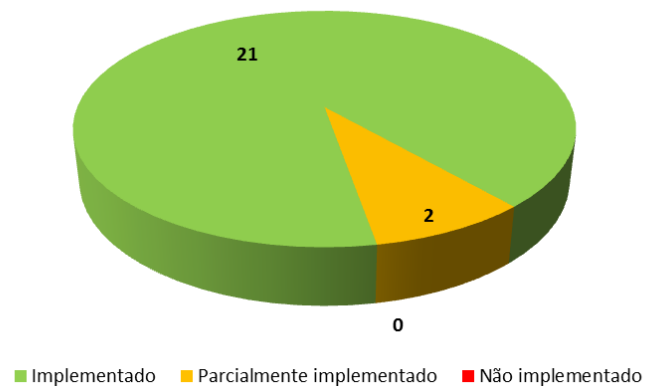
## 7.7 Serviço Farmacêutico

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis	Grau de execução				Observações / Considerações
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco			Implementado	Parcialmente implementado	Não implementado	Sem efeito	
Aquisição de medicamentos	Favorecimento de fornecedores	1	2	Baixo	Existência de Júri nos procedimentos de aquisição de medicamentos.	Diretor serviço	●				
					Fornecedores selecionados da Base de Dados do Infarmed.		●				
					Avaliação dos fornecedores quanto ao cumprimento dos contratos.		●				
Aquisição de medicamentos	Aquisições desadequadas, ou em excesso que provocam desperdício ou insuficientes que provocam quebras no fornecimento	2	1	Baixo	Efetuar um plano de compras anual.	Diretor serviço	●				
					Controlo periódico dos stocks.		●				
Receção de bens	Receção de bens em quantidade ou qualidade não conforme com a aquisição	1	3	Médio	Receção efetuada sempre por um AT e por um TDT ou Farmacêutico, fazendo a consolidação entre a Nota de Encomenda e a Guia de remessa e entre esta e o produto realmente entregue	Diretor serviço	●				
Armazenamento	Conservação inadequada dos produtos farmacêuticos resultantes de alterações da temperatura e/ou humidade	1	2	Baixo	Instalação de aparelhos de ar condicionado e desumidificadores.	Diretor serviço		●			Dificuldade em controlar o nível de humidade no ar
					Sensores de medição de temperatura e humidade em todas as salas/frigoríficos de armazenamento de medicamentos.		●				
					Procedimento estabelecido de controlo e registo de temperatura e humidade.		●				
Stocks	Controlo de prazos de validade	2	2	Médio	Controlo de stocks informatizado com pontos de encomenda definidos e alvo de revisão constante.	Diretor serviço	●				
					Inventários periódicos.		●				
					Dispensa de medicamentos pelo prazo de validade mais reduzido.		●				
Reembalamento em unidose	Risco de deterioração dos produtos e de etiquetagem com informação incorreta	1	2	Baixo	Reembalagem efetuada de forma automatizada.	Diretor serviço	●				
					Existência de procedimentos escritos.		●				
					Cumprimento das normas relativas à identificação e individualização de medicamentos.		●				
Estupefacientes	Armazenamento e dispensa de medicação com riscos de desvio	1	3	Médio	Existência de um procedimento escrito para a aquisição, armazenamento e dispensa de estupefacientes.	Diretor serviço	●				
					Os estupefacientes são dispensados apenas por farmacêuticos em formulário próprio.		●				Os estupefacientes são dispensados em formulários da INCM
					Encontram-se armazenados em cofre com acesso condicionado.		●				
Acesso às instalações	Acesso indevido às instalações e desvio/extravio de existências	1	3	Médio	Existência de videovigilância.	Diretor serviço	●				
					Acesso restrito às instalações.		●				
Participação em eventos	Relacionamento dos profissionais de saúde com a Indústria Farmacêutica	1	1	Baixo	Todos os convites para a participação em eventos científicos devem ser autorizados pelo Conselho Diretivo.	Diretor serviço	●				
					Todas as participações devem ser declaradas na Plataforma de Transparência do Infarmed.		●				
Cedência de medicamentos	Dispensa de medicamentos do serviço farmacêutico sem controlo prévio da prescrição médica	2	3	Alto	Desenvolver e implementar procedimento que permita mitigar o risco.	Diretor serviço		●			









No Serviço Farmacêutico, as medidas de resposta aos riscos estão na sua maioria implementadas, realçando-se que no risco de acesso indevido às instalações a existência de alarme contra a intrusão com códigos pessoais, e no risco do controlo de prazos de validade a existência de um procedimento de monitorização dos prazos de validade nas doses unitárias.

Foi no entanto detetado o risco de dispensa de medicamentos sem o controlo da prescrição médica, estando a ser desenvolvidas e testadas as medidas preventivas e de controlo que devem ser incluídas na próxima revisão do PPRG.

Continua a ser um desafio o controlo da humidade no armazém dos medicamentos, um risco para a boa conservação destes produtos e que deverá ser colmatado com a aquisição de desumidificadores.



## 7.8 Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

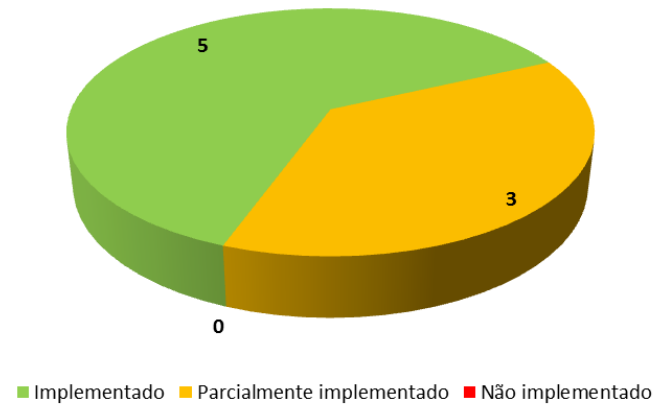
Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis	Grau de execução				Observações / Considerações
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco			Implementado	Parcialmente implementado	Não implementado	Sem efeito	
Segurança da informação	Acesso indevido aos dados ou aplicações	1	2	Baixo	Acesso às aplicações feita através de perfis de utilizadores com níveis de permissões diferenciados.	Diretor serviço					
					Utilização de passwords pessoais e intransmissíveis.						
	Acesso de terceiros (empresas de manutenção, colaboradores, etc) através de ligação remota	1	2	Baixo	Acesso remoto sempre através do protocolo de ligação dos SPMS.						
	Utilização de dispositivos de armazenamento externo	1	2	Baixo	Reforço das políticas de segurança, em colaboração com os SPMS.						
Apoio técnico	Demora ou ausência de resposta aos pedidos de apoio técnico	2	2	Médio	Implementação de um sistema de tickets que permita gerir a qualquer momento os pedidos concluídos/abertos e medição dos tempos de resposta.	Diretor serviço					
					Elaboração de manuais de procedimentos.						
Acesso à informação/ Perda de dados	Ocorrências que possam causar interrupções nos servidores e rede que impossibilitem o acesso à informação ou a destruição da infraestrutura	1	3	Médio	Criação de Plano de contingência.	Diretor do Serviço					
					Criação de backups locais nas instalações do CHPL.						

As medidas de resposta ao risco implementadas de segurança da informação previstas no PPRG estão parcialmente implementadas (62,5%), destacando-se uma medida implementada não prevista no PPRG, o bloqueio de sessão do utilizador após determinado tempo pré definido de inatividade.

Com a nomeação do chefe de divisão do serviço, em janeiro de 2022 foram já delineados outros riscos potenciais e medidas preventivas e de controlo que deverão constar da nova versão do plano, em áreas como a facilidade de acesso, rastreabilidade, logins genéricos, recuperação e dados, redundância, segurança das instalações, entre outros.

Não existe um plano de contingência, e será necessário desenvolver algumas normas de controlo interno, sendo no entanto de realçar que a atividade dos STIC está muito correlacionada e em articulação com os SPMS o que dilui parte dos riscos.

Foi transmitido pelo serviço que a escassez de recursos humanos constitui o principal risco para o funcionamento do serviço, podendo mesmo conduzir ao incumprimento das tarefas que lhe estão imputadas.



## 8. CONSELHO DE PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO

Em 2020 o CPC emitiu novas recomendações, nomeadamente:

- Gestão de conflitos de interesses no Setor Público (08.01.2020);
- Prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da Covid-19 (06.05.2020).

Estas recomendações incutem o reforço das medidas de prevenção de riscos nas áreas da contratação pública, nomeadamente através do adequado planeamento das aquisições e do reforço da transparência, e a gestão de eventuais conflitos de interesses entre funções públicas e privadas, nomeadamente através do controlo da acumulação de funções e de aplicação de declarações de inexistência de conflitos de incompatibilidades e impedimentos éticos ou legais.

A recomendação emitida no âmbito do das medidas de resposta à pandemia provocada pela doença Covid 19 pretende o reforço da cultura de promoção da transparência, ética e integridade, através da adoção de medidas de prevenção e mitigação de riscos, com o reforço do Controlo Interno, garantia de inexistência de conflitos de interesses, transparência dos procedimentos de contratação pública e a integridade da execução dos contratos públicos.

Considera-se que as situações identificadas nas recomendações do CPC refletem a preocupação e os temas para que o PPRG tem vindo a ser orientado, com o reforço do papel do Controlo Interno e que estas constituem, na sua generalidade, as medidas já previstas na última atualização do plano, efetuada em 2020.



## 9. CONCLUSÃO

Da monitorização efetuada ao PPRG é possível concluir que uma grande parte das medidas preventivas e de controlo se encontram implementadas (80%), contribuindo para minorar ou evitar a probabilidade da materialização de efeitos adversos dos riscos identificados e contribuir para a redução do seu impacto de forma relativamente eficaz.

Além da conclusão da implementação das medidas previstas no PPRG, verifica-se a necessidade de continuar a acompanhar as medidas já implementadas, bem como de proceder à melhoria ou correção dos aspetos que foram identificados.

A aposta na aprovação/atualização e implementação de regulamentos, normas, regras e manuais de procedimentos nas diversas áreas constitui uma prioridade do SAI e deverá produzir avanços importantes no nível de Controlo Interno da instituição.

No ano de 2021 foi promulgada a estratégia anticorrupção, criado o Mecanismo Nacional Anticorrupção e o Regime Geral de Prevenção da corrupção.

Este regime é aplicável ao CHPL, e implica o cumprimento dum programa normativo do qual faz parte integrante o plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, a atualização do plano que está a ser desenvolvida, terá em conta os requisitos presentes neste diploma.

A avaliação e identificação de riscos e a gestão de conflitos de interesses através da monitorização dos processos é uma tarefa que requer atualização constante, e deverá incidir em todas as áreas de atuação e ser transversal a toda a estrutura orgânica, com identificação das situações de riscos e conflitos de interesses para cada área funcional, e outras atividades que possam provocar situações adversas ou comprometer a concretização dos objetivos da instituição.

Assim, o PPRG deve ser atualizado regularmente de forma a incluir situações que não tenham sido consideradas anteriormente e ajustar o nível de risco para todas as situações previstas.

Mantêm-se a estratégia para a promoção de auditorias internas às áreas e processos em que se reconheça a materialização de riscos de gestão, com maior impacto e/ou probabilidade de ocorrerem.

A gestão de risco das instituições deve ser um processo com a participação de todos, contínuo e em constante evolução, em linha com a estratégia da organização.

O SAI agradece a participação de todos os intervenientes neste processo e insta a uma consciencialização e participação mais ativa de todos os colaboradores, no sentido da identificação de novos riscos e a implementação de mecanismos de prevenção e controlo dos mesmos.

O presente documento, após a sua aprovação pelo Conselho Diretivo, deverá ser divulgado junto dos diversos serviços, publicado na Internet do CHPL, sendo remetido ao Conselho de Prevenção da Corrupção e aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

