

**Relatório de Avaliação Intercalar de Execução do
Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações
Conexas - 2025**



**UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LISBOA OCIDENTAL**

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Serviço de Auditoria Interna

outubro de 2025

RESUMO

Identificação	Relatório de Avaliação Intercalar de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas - 2025
Entidade	Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental (ULSLO), E.P.E.
Fundamentação	Alínea a) do n.º 4 do artigo 6º do anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção.
Âmbito	<ul style="list-style-type: none"> Os serviços constantes de Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC), 2ª Revisão aprovada pelo CA em 15 de dezembro de 2021, que contêm riscos altos de corrupção e infrações conexas.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os riscos de corrupção e infrações conexas de níveis altos nas diversas áreas dos serviços minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que tais riscos podem ter na prossecução dos objetivos institucionais; Avaliar a execução das medidas de melhoria (preventivas e corretivas) implementadas, parcialmente implementadas ou em curso e a implementar.
Metodologia	Para a avaliação da execução das medidas preventivas e corretivas referentes aos riscos de níveis altos de corrupção e infrações conexas estabelecidos no PGRCIC, foi submetido aos serviços uma matriz de avaliação/aferição elaborada pelo SAI, para procederem ao seu preenchimento, tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e corretivas, prazos previstos de implementação e recursos necessários, responsáveis, reclassificação dos níveis de risco, bem como, a fundamentação para a não implementação ou implementação parcial ou em curso das medidas previstas.
Auditor Interno Técnica Superior	Etelvino Moucho Craveiro

ÍNDICE

RESUMO	2
ÍNDICE	3
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO.....	5
3. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO	6
3.1 Qualificação do Risco.....	6
3.2 Identificação das áreas e atividades	7
4. METODOLOGIA.....	9
5. CONCLUSÕES.....	9
6. RECOMENDAÇÕES.....	10
7. COMUNICAÇÃO DO RELATÓRIO.....	11
8. Anexos – Matrizes de risco	12
Anexo I – Conselho de Administração.....	13
Anexo II – Serviço de Auditoria Interna	14
Anexo III – Serviço de Gestão Hoteleira	15
Anexo V – Serviço Financeiro	18
Anexo VI – Serviço de Gestão de Recursos Humanos.....	20
Anexo VII – Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico do Doente	21
Anexo VIII – Serviço de Logística e Distribuição.....	22
Anexo IX – Serviços Farmacêuticos	23
Anexo X – Serviço de Nutrição Clínica.....	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CA - Conselho de Administração

CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção

EPE - Entidade Pública Empresarial

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção

PGRIC - Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

SAI - Serviço de Auditoria Interna

SF - Serviço Financeiro

SFARM – Serviços Farmacêuticos

SGASCD – Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico ao Doente

SGH - Serviço de Gestão Hoteleira

SGRH – Serviço de Gestão de Recursos Humanos

SLD – Serviço de Logística e Distribuição

SNC – Serviço de Nutrição Clínica

SSTI - Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

ULSLO – Unidade Local de saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.

1. INTRODUÇÃO

No cumprimento do estabelecido no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção (RGPC), determina na alínea a) do n.º 4 do artigo 6º, a elaboração, no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo, identificados como altos no Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC)¹ do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), E.P.E., 2ª revisão de 15 de dezembro de 2021 (última revisão) em vigor á data do presente relatório na Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental E.P.E. (ULSLO).

O PGRCIC anteriormente referido, carece de transposição para o novo plano (PPR) da ULSLO, com as devidas atualizações, cujo processo está em curso.

Com base na avaliação na execução das medidas de melhoria preventivas e corretivas referentes aos riscos de corrupção e infrações conexas de grau alto dos serviços constantes no PGRCIC existente, de forma a mitigar os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que estes podem ter na prossecução dos objetivos da instituição, é elaborado pelo SAI o presente relatório.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental E.P.E. (ULSLO) é um estabelecimento público pertencente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e de natureza empresarial, criada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que agregou numa única instituição o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO), os Agrupamentos de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras, e sem prejuízo de articulação com o Hospital de Cascais, o Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais.

O organograma da ULSLO, inserido no novo Regulamento Interno ainda não foi aprovado pela Direção Executiva do SNS.

¹ Link do PGRCIC do CHLO: https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/PlanoGRClInfConexasCHLO_2%C2%AArevisao16122021.pdf

3. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO

O PGRIC tem como referência o risco como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência e potencial consequência positiva ou negativa na obtenção dos objetivos de uma entidade ou organização.

Refletindo a responsabilidade ética e social que os valores fundamentais do serviço público e os deveres profissionais acentuam, pressupõe-se que o PGRIC seja conhecido por todos os colaboradores da instituição de forma a garantir uma abordagem homogénea junto das várias Unidades Orgânicas, clarificando e tipificando os conceitos em causa, designadamente a noção de “Risco”, “Corrupção e Infrações Conexas”.

3.1 Qualificação do Risco

Com o objetivo de melhor adequar o planeamento na adoção de medidas preventivas e corretivas face a uma hierarquia de risco, o PGRIC caracteriza os riscos identificados, classificando-os quanto à sua probabilidade de ocorrência e ao seu impacto, obtendo-se uma classificação global do risco, de acordo com uma avaliação enquadrada por uma escala de risco (elevado, moderado e baixo) em função de duas variáveis:

- Probabilidade de ocorrência das situações que comportam o risco;
- Gravidade das consequências das infrações que podem suscitar (impacto previsível)

Neste sentido são igualmente estabelecidas as seguintes classificações:

Probabilidade de Ocorrência

- **Alta**: o risco decorre de um processo corrente e frequente da organização.
- **Média**: o risco está associado a um processo esporádico da organização que se admite que venha a ocorrer ao longo do ano.
- **Baixa**: o risco decorre de um processo que apenas ocorrerá em circunstâncias excecionais.

Impacto:

- **Alto:** quando da situação de risco identificada podem decorrer prejuízos financeiros significativos para o Estado e a violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade do organismo e do próprio Estado.
- **Médio:** a situação de risco pode comportar prejuízos financeiros para o Estado e perturbar o normal funcionamento do organismo.
- **Baixo:** a situação de risco em causa não tem potencial para provocar prejuízos financeiros ao Estado, não sendo as infrações suscetíveis de práticas causadoras de danos relevantes na imagem e operacionalidade da instituição.

Da conjugação das duas variáveis é estabelecida uma matriz com três níveis de risco:

Quadro 1 - Matriz de Níveis de Risco

Grau do Risco = (PO * IP)		Probabilidade de Ocorrência (PO)		
		Baixo	Médio	Alto
Impacto/consequência a previsível (IP)	Alto	Médio	Alto	Alto
	Médio	Baixo	Médio	Alto
	Baixo	Baixo	Baixo	Médio

A identificação das medidas preventivas e os mecanismos de mitigação dos riscos visam:

- Evitar os riscos, eliminando a sua causa;
- Prevenir o risco, minimizando a sua probabilidade de ocorrência e o seu impacto negativo;
- Aceitar o risco e seus efeitos;
- Transferir o risco para terceiros.

3.2 Identificação das áreas e atividades

O PGRIC em vigor na ULSLO abrange as áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte em que a identificação das várias áreas consideradas como as mais suscetíveis de

gerarem riscos, como os eventos de corrupção e/ou infrações conexas, pretende-se avaliar o grau de risco e as medidas preventivas e corretivas que proporcionem o seu controlo efetivo através dos mecanismos de mitigação.

Assim, em consideração ao exposto estão consideradas no PGRCIC os serviços/áreas seguintes:

- Conselho de Administração;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço Jurídico e Contencioso;
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão de Compras;
- Serviço de Logística e Distribuição;
- Serviço de Gestão Hoteleira²;
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação;
- Serviço Financeiro;
- Serviço de Gestão e Estratégia de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão de Acesso e Suporte Clínico ao Doente³;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Comunicação e Imagem⁴;
- Serviços Farmacêuticos;
- Serviço de Nutrição Clínica⁵;
- Serviço Social⁶;
- Áreas Clínicas dos Hospitais.

De acordo com o Regulamento Interno do CHLO aprovado em janeiro de 2022:

- ² A Unidade Funcional de Gestão de Transporte e Parques de Estacionamento foi integrada no Serviço de Gestão Hoteleira.
- ³ Serviço de Gestão de Doentes passou a designar-se por Serviço de Gestão de Acesso e Suporte Clínico ao Doente.
- ⁴ A Secretaria- Geral passou a designar-se por Serviço de Comunicação em Imagem.
- ⁵ Serviço a incluir no novo PPR da ULSLO.
- ⁶ Serviço a incluir no novo PPR da ULSLO.

4. METODOLOGIA

De acordo com a alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º, do anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 29 de dezembro, o SAI aferiu a execução das medidas estabelecidas no PGRIC para mitigar os riscos de grau alto.

O SAI para a avaliação da execução das medidas preventivas e corretivas referentes aos riscos de níveis altos de corrupção e infrações conexas estabelecidos na 2ª edição PGRIC em vigor na ULSLO, submeteu aos serviços uma matriz de avaliação/aferição, para procederem ao seu preenchimento, tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e corretivas, prazos previstos de implementação e recursos necessários, responsáveis, reclassificação dos níveis de risco, bem como, a fundamentação para a não implementação ou implementação parcial ou em curso das medidas previstas.

5. CONCLUSÕES

Dos 10 Serviços em análise que contêm riscos de grau altos foram identificados um total de 45 riscos de grau Alto, 61 medidas preventivas e corretivas, das quais, 47 (77%) se encontram implementadas/em execução, 8 (13%) parcialmente implementadas ou em curso e 6 (10%) não implementadas. Em consequência das 61 medidas preventivas e corretivas implementadas resultou na diminuição de 45 riscos de grau alto para 15 riscos (33%) com o mesmo grau, ver Anexos – Matrizes de Avaliação de Riscos.

Tabela 1. Situação das Medidas Preventivas e Corretivas Referentes aos Riscos Altos por Serviço

Serviços	Riscos Altos	Total das Medidas preventivas e corretivas	Implementadas	Parcialmente implementadas/em curso	Não implementadas	Riscos Altos atuais-10/2025
Conselho de Administração (CA)	1	2	2	-	-	0
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	3	3	3	-	-	1
Serviço de Gestão Hoteleira (SGH)	17	19	17	2	-	3
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)	4	6	5	1	-	3
Serviço Financeiro (SF)	6	6	4	1	1	1
Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)	3	5	-	-	5	3
Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico ao Doente (SGASCD)	7	10	10	-	-	0
Serviço de Logística e Distribuição (SLD)	2	6	4	2	-	2
Serviços Farmacêuticos (SFARM)	1	2	-	2	-	1
Serviço de Nutrição Clínica (SNC)	1	2	2	-	-	1
Total	45	61	47	8	6	15
%	-	-	77%	13%	10%	33%

6. RECOMENDAÇÕES

- Que sejam encetados esforços pelos serviços na aplicabilidade das medidas preventivas não implementadas ou parcialmente implementadas ou em curso constantes no PGRCIC com a maior brevidade, de modo a reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados;
- Assegurar a permanente monitorização dos processos de gestão de risco e redefinição das medidas preventivas e corretivas a implementar;
- Melhorar os mecanismos de controlo face aos riscos identificados ou a identificar;
- Manter os manuais de procedimentos dos serviços envolvidos atualizados, visto ser um dos instrumentos de trabalho com as linhas orientadoras necessárias para a prevenção da ocorrência de riscos;
- Nas áreas mais técnicas e operacionais, que se efetuem ações de controlo periódicas pelos serviços de modo a garantir a efetividade das medidas implementadas e consequentemente mitigação de riscos;
- Que o PGRCIC seja considerado um instrumento fundamental para a gestão e entendido como dinâmico, sujeito a uma atualização e aperfeiçoamento contínuo, através da experiência que vai sendo adquirida e tendo em consideração o contexto atual e as novas situações que vão surgindo no seio da ULSLO;
- Que seja efetuado um diagnóstico de necessidades de formação no âmbito do PGRCIC;
- A realização de ações de formação com o objetivo de sensibilizar e alinhar toda a instituição para a importância do PGRCIC enquanto instrumento crucial para uma adequada gestão e mitigação de riscos, nomeadamente os de corrupção e infrações conexas, contribuindo assim para um melhor sistema de controlo interno.

7. COMUNICAÇÃO DO RELATÓRIO

De acordo com o n.º 7 do Art.º 6 do anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 29 de dezembro, o presente relatório deve ser enviado para as entidades abaixo indicadas:

- Ministério da Saúde;
- Ministério das Finanças;
- Administração Central do Sistema de Saúde;
- Inspeção Geral das Atividades em Saúde;
- Direção Geral do Tesouro e Finanças;
- Inspeção Geral de Finanças;
- MENAC – geral@mec-anticorruptao.pt
-
- Divulgação na internet e intranet da ULSLO.

8. Anexos – Matrizes de Avaliação de Risco

Anexo I – Conselho de Administração

Unidade Orgânica: Conselho de Administração (CA) Responsável: Dra. Isabel Aldir						Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Responsável: Dra. Isabel Aldir	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Gestão do Conhecimento											
Risco de perda de funcionários chave e, bem assim, de designação inapropriada de pessoas para cargos de direção e chefia	1 - Aceitação do risco de perda de funcionários chave, pois o SNS não consegue concorrer com os atrativos que a Saúde Privada está a oferecer, especialmente a médicos. 2 - Obrigatoriedade de abertura de procedimento para cargos de direção.	IMPLEMENTADAS	Desencapeamento de concursos/manifestações de interesse para cargos de direção e coordenação conforme Regulamento Interno em vigor na ULSLO			Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio

Anexo II – Serviço de Auditoria Interna

Unidade Orgânica: Serviço de Auditoria Interna (SAI) Responsável: Dr. Etelvino Craveiro							Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	
Relatórios de Auditoria Interna												
Que os relatórios elaborados pela auditoria interna tenham pouca qualidade, isto é, que não espelhem os resultados / objetivos pretendidos.	O contínuo aperfeiçoamento das metodologias aplicadas nas várias etapas inerentes à elaboração dos relatórios de auditoria, mediante a avaliação de forma isenta do referido em sede do contraditório, quando devidamente fundamentado e credível (verídico) contrapondo ao que o relatório refere ou ignora.	IMPLEMENTADA	Adoção de novas metodologias e mecanismos nas ações desenvolvidas pelo SAI; e Formação contínua.	Continuidade	Direção de Serviço	Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto	
Gestão de Riscos												
Deficiente avaliação e supervisão da execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas provocando falhas no reporte.	Avaliação sistemática do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas com a realidade e ajustando-o consoante as situações que ocorrem e que não estavam previstas, bem como a inclusão de novos riscos face a implementação de novas áreas de atuação ou alteração de processos devido à dinâmica da organização e da implementação de novas políticas (internas e externas).	IMPLEMENTADA	Realização de follow-up em articulação com os serviços nos prazos estipulados para a implementação das medidas recomendadas.			Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio	
Competências Técnicas												
Inadequação do perfil técnico, inadequado e comportamental para o exercício das funções.	Este binómio, componente técnica e comportamental, é crucial para o desempenho de qualquer atividade, com especial destaque na função de auditor, sendo inadequado pode ser fatal ou comprometedor para o desempenho da função e do serviço. Há que promover todos os esforços no sentido de colmatar este tipo de situações, através da partilha de conhecimentos, formação contínua e adequada, ajustamento dos colaboradores às funções, aplicação de técnicas de motivação, metodologias de liderança individual e/ou coletiva.	IMPLEMENTADA	Partilha de conhecimentos; Frequência de formação profissional contínua e adequada às funções e desenvolvimento de técnicas e metodologias individuais e coletivas; Avaliação da qualidade da atividade desenvolvida.			Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio	

Anexo III – Serviço de Gestão Hoteleira

Unidade Orgânica: Serviço de Gestão Hoteleira (SGH) Responsável: Dra. Susana Teotónio Pereira						Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Rouparia e Lavandaria											
Diminuição do tempo de vida útil da roupa hospitalar por inutilização precoce	Elaborar lista de entidades receptoras de doentes transferidos e contactá-las trimestralmente para recuperação de roupa da ULSLO que indevidamente tenha ficado retida.	IMPLEMENTADA	A entidade transportadora tem devolvido a roupa que acompanha os doentes aquando das transferências/altas		Direção de Serviço	Média	Médio	Médio	Média	Alto	Alto
Furtos/desaparecimento de roupa	Implementação de sistema de rastreio de roupa hospitalar	EM CURSO	Projeto de rastreabilidade têxtil totalmente implementada no HSC (Roupa Geral e Fardamento); Em fase de implementação no HSFx e HEM. Aguarda-se a conclusão das obras e aquisição de roupa.	1º trimestre 2026	Direção de Serviço	Alta	Alto	Alto	Alta	Alto	Alto
Limpeza											
Incumprimento dos horários	1 - Realização de Auditorias internas com periodicidade mais curta.	IMPLEMENTADAS	Foram apresentados relatórios da qualidade da limpeza.			Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
Incumprimento do quadro de pessoal previsto no Caderno de Encargos	2 - Facultar a cada serviço a parte do Caderno de Encargos que lhe diz respeito		São efetuadas reuniões com o intuito de avaliar o cumprimento do estipulado no caderno de encargos.			Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
Não fornecimento dos consumíveis em quantidade e qualidade	3 - Análise das reclamações ao Gabinete do Utente e pedido de responsabilidade à prestadora de serviços.		É efetuado pelos SGH e pelos responsáveis de cada serviço um controlo do fornecimento de consumíveis a cada serviço.			Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
Resíduos											
Incumprimento dos horários previstos	1 - Realização de auditorias internas transversais (ecoponto, serviços, equipamentos e pessoal, por equipa multidisciplinar, com presença da SUCH).	IMPLEMENTADAS	São realizadas auditorias periódicas pelos SGH para acompanhamento do cumprimento do previsto no caderno de encargos.			Alta	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo
Incumprimento do quadro de pessoal previsto no Caderno de Encargos	2 - Formação aos colaboradores da ULSLO, pela SUCH e pelo Serviço de Formação da ULSLO.		Está contemplado no Plano de formação da ULSLO ações de formação para sensibilização para o cumprimento das normas estabelecidas.			Alta	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo
Não fornecimento dos recipientes de recolha e transporte em quantidade e condições de higiente	3 - Registo de incidentes (por más práticas, contentores mal higienizados e mal fechados, incumprimentos diversos que originam reclamações) e respetivas resoluções. 4 - Assegurar o cumprimento do caderno de encargos.		São registados todos os eventos adversos ocorridos e efetuadas as respetivas correções.			Alta	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo

Alimentação												
Incumprimento do quadro de pessoal previsto no Caderno de Encargos	1 - Realização de auditorias internas transversais , por equipa multidisciplinar.	IMPLEMENTADAS	São realizadas avaliações periódicas das condições estruturais e de higiene de instalações e o cumprimento do Caderno de Encargos.			Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio	
Incumprimento da quantidade e qualidade da palamenta envolvida em todo o processo de confeção e consumo das refeições	2 - Análise das reclamações ao Gabinete do Cidadão e/ou dos serviços, sendo pedido responsabilidade à prestadora.						Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
Má higienização e não cumprimento das regras HACCP(Análise de Perigos e Controlo de Pontos Críticos) do espaço e equipamento hoteleiros	3 - Implementação de registo biométrico, por unidade			Existe Um controlo biométrico para os colaboradores da SUCH.			Alta	Médio	Alto	Média	Médio	Médio
Segurança e Vigilância												
Captação de imagens - RGPD	Mecanismos de controlo na captação de imagens na ótica do RGPD	IMPLEMENTADA	Monitorização mensal			Média	Alto	Alto	Baixa	Alto	Médio	
Diminuição de recursos humanos disponibilizados pelo prestador do serviço, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Os vigilantes tem locais pré-definidos onde executam as suas funções, podendo a cada momento, saber-se o número de vigilantes presentes nas instalações.	IMPLEMENTADA	São realizados levantamentos diários dos Recursos Humanos presentes nas instalações e em cada local pré-definido			Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo	
Desinfestação												
Diminuição do número de intervenções programas, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato.	Controlo do agendamento e intervenções de acordo com o estipulado em caderno de Encargos	IMPLEMENTADA	Apresentação de relatórios das intervenções realizadas pelos técnicos especialistas.			Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo	
Morgue												
Os agentes funerários podem solicitar informação privilegiada para aceder aos serviços	A escolha dos agentes funerários é única e exclusivamente da responsabilidade da família.	IMPLEMENTADA	OSGH monitoriza e acompanha os colaboradores no cumprimento do manual de procedimentos “Confidencialidade e Rastreabilidade da Informação Clínica”, elaborado pelo Departamento de Qualidade, não existindo qualquer queixa/reclamação que indicie o contrário.			Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo	
Unidade Funcional de Gestão de Transporte e Parques de Estacionamento												
Incumprimento de normas administrativas no Transporte de Doente Critico	Manual de procedimentos (2020)	IMPLEMENTADA	Várias instruções de trabalho implementadas			Media	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo	
Atraso significativo nos transportes	Implementação de Plataforma de controlo de gestão dos pedidos	EM CURSO	Aplicação informática em teste (em ambiente de qualidade)	1º trimestre 2026	Direção de Serviço	Media	Alto	Alto	Media	Alto	Alto	
Acesso a Dados sensíveis	Atribuição de Acessos muito reduzidos	IMPLEMENTADA	Mecanismos de mitigação implementados e atualização permanente.			Média	Alto	Alto	Baixa	Alto	Médio	

Anexo IV – Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Unidade Orgânica: Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)						Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Responsável: Eng. Jorge Alves											
Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Acesso											
Integração deficitária de dados entre aplicações	Adoção de interfaces de integração standarizados pela SPMS, como seja a Light usando HL7	IMPLEMENTADA PARCIALMENTE	ASPMs que gere a Light não tem evoluído com estas integrações. A ULSLO não é autôma para evoluir com integrações deste nível com os seus sistemas centrais(SONHO e Sclinico).	1º trimestre de 2026	Unidade de Sistemas de Informação	Média	Alto	Alto	Alta	Alto	Alto
Perda/Roubo de Informação	1 - Backup de segurança em caso de ataques de Cibersegurança 2 - Planos de Contingência	IMPLEMENTADAS	Backups diários e Plano de Contingência ativo. O Plano de Contingência precisa ser atualizado a nível de equipamentos e comunicações, conforme apresentado a CLIC em 7/2/2023.			Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
Equipamentos											
Falhas na proteção contra softwares maliciosos	Verificar se estão implementados controlos de deteção, prevenção e recuperação para proteger contra códigos maliciosos (utilização de anti-virus atualizados).	IMPLEMENTADA	A ULSLO utiliza <i>firewall</i> , <i>software</i> actualizado de anti-virus, além de que ao acesso exterior a nossa rede informática é somente via RIS (Rede Informática da Saúde).			Alta	Alto	Alto	Média	Alto	Alto
Falhas na gestão da segurança de redes	1 - Manter atualizada a política de utilização da rede; 2 - Assegurar que na revisão dos contratos com entidades externas constem cláusulas que visem melhorar as condições de acesso/utilização da informação garantindo a necessária confidencialidade de dados.	IMPLEMENTADAS	Parte das medidas propostas, por exemplo ao nível dos contratos, é da responsabilidade do Serv.Compras. A rede interna da ULSLO somente acede à intranet, email, via a RIS (Rede Informática da Saúde) controlada e gerida pela SPMS.			Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto

Anexo V – Serviço Financeiro

Unidade Orgânica: Serviço Financeiro (SF) Responsável: Dr. Sérgio Vicente						Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Pagamentos e Contas a Pagar											
Adiantamentos a Fornecedores	Autorização exclusiva para situações que coloquem em causa o funcionamento do serviço, e.g. não fornecimento de medicamentos	IMPLEMENTADA	A medida encontra-se implementada, sendo os pagamentos relativos a adiantamentos efetuados mediante evidência de corte de fornecimento por parte dos fornecedores, nomeadamente através de correio eletrónico. Nos casos de aquisição de medicamentos a pronto pagamento, o processo é realizado com base em fatura.			Alta	Médio	Alto	Alta	Médio	Alto
Rendimentos e Contas a Receber											
Recebimentos diferentes da dívida em conta corrente	1 - Segregação de funções; 2 - Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas	IMPLEMENTADA	Quando da emissão dos recibos, se o valor recebido não coincidir com o valor da fatura, são tomadas as respetivas diligências. Se o valor transferido, for superior procede-se à devolução. No caso do valor transferido ser inferior procede-se à cobrança. Caso se verifique diferenças não apuradas atempadamente as mesmas são evidenciadas nas reconciliações bancárias e tomadas as diligências para a sua regularização com rastreabilidade através do EDOC.			Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
Prescrição da Faturação		IMPLEMENTADA	O valor dos atos médicos prescritos de acordo com os procedimentos legais, só são considerados com o pedido de prescrição por parte do utente e posteriormente solicita a autorização ao Conselho de administração - Fluxo EDOC.			Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
Atos Clínicos não faturados	Assegurar a implementação de procedimentos de obtenção automática de informação que identifique atos não faturados	NÃO IMPLEMENTADA	O procedimento deixou de ser efetuado, quando da alteração do sistema de faturação contrato programa para valores de capitação.	A equipa da receita vai proceder de imediato à emissão dos mapas e enviar para o Serviço de Gestão de Doentes.	Receita	Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio

Ativos Tangíveis											
Ocorrência de desvios/roubos de equipamentos	Organizar a função e o circuito de responsabilidade a uma salvaguarda de ativos (incluindo a conservação, uso e localização)	IMPLEMENTADA	Foi apresentado o procedimento do circuito final de responsabilidade do roubo de equipamento e os tramites precedentes ao ocorrido.			Média	Alto	Alto	Baixa	Baixo	Baixo
Organização e Sistemas de Informação											
Ausência de integração de dados entre aplicações	Procedimentos instituídos - análises dos relatórios de erros dos interfaces entre as diferentes aplicações e o SICC da contabilidade, bem como a validação da respetiva informação.	EM CURSO	Registos de reconciliação entre Glintt/SICC e Sonho/SICC. Relatórios de erros e incidentes em ambiente de produção.	A interface encontra-se ativa. Está em funcionamento a reconciliação entre Glintt/SICC e Sonho/SICC. Ainda existem diversas integrações de informação realizadas por ficheiros.	Direção de Serviço	Alta	Alto	Alto	Baixa	Baixo	Baixo

Anexo VI – Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Unidade Orgânica: Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH) Responsável: Dr. André Coelho						Grau de Risco que consta no PGRCIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Vencimentos											
Risco de incorreção no registo de informação na base de Dados de Pessoal (RHV). Informação incorreta ou desatualizada.	Conferência na altura do pré-processamento e cruzamento de Informação através de Listagem mensal.	NÃO IMPLEMENTADA	Verificação de todas as alterações (criação, alteração e eliminação), devidamente autorizadas e corretamente atualizadas no respetivo sistema (RHV).			Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto
Processamento de salários após o termo da relação jurídico de trabalho (reforma ou cessação de contrato)	1 - Revisão mensal das Cessações de trabalho 2 - Cessa o processamento de salários após termo de relação jurídica de trabalho.	NÃO IMPLEMENTADAS	1 - Controlo de saídas dos funcionarios que terminaram vinculo com a instituição, de acordo com o pedido de saída. 2 - Verificar se foram feitos todos os cálculos e regularizações de remuneração antes do último processamento, de forma a evitar a permanência de dívida de ex-colaboradores.			Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto
Assiduidade											
Horários não aprovados e desatualizados	1 - Horários que suportem o controlo de assiduidade e o processamento de salários; 2 - Estabelecer data mensal para o envio pelo serviços, ao SGRH, dos horários/escalas do mês, devidamente aprovados.	NÃO IMPLEMENTADAS	1 - Verificar se existem horários aprovados (se o sistema de controlo de assiduidade automatiza a programação do horário, é necessário verificar-se se todos os serviços iniciam/encerram o mês com os horários planeados/realizados devidamente aprovados.			Alto	Médio	Alto	Alto	Médio	Alto

Anexo VII – Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico do Doente

Unidade Orgânica: Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico do Doente (SGASCD)						Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Responsável: Dr. Tiago Soares						Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas						
Urgência/SO, Consulta Externa e Serviço de Internamento											
Entrega de Valores: não entrega atempada de valores e/ou incorreta.	1 - Obrigatoriedade de conferência em cada mudança de turno; 2 - Obrigatoriedade de no final de cada turno os valores serem entregues nos SF, se abertos, ou no cofre com ranhura existente no SGD, sob responsabilidade dos próprios.	IMPLEMENTADAS	- Risco em processo de revisão em virtude da publicação do Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, que veio a alterar o regime de cobrança de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde; - Apesar de o risco não desvanecer por completo, a probabilidade de ocorrência e o risco inerente reduz-se significativamente.			Média	Alto	Alto	Baixo	Médio	Baixo
Favorecimento de familiares e amigos na realização de atos médicos sem recurso a registo.	Implementação das normas constantes no Manual de Procedimentos	IMPLEMENTADA	Risco em processo de revisão uma vez que com a informatização clínica na generalidade dos processos, o risco de prestações de saúde sem registo no Sistema de Informação torna-se muito reduzido.			Alta	Médio	Alto	Baixo	Médio	Baixo
Anulação indevida de taxas moderadoras / Recibos	1 - Todos os recibos anulados devem ser entregues com registo do motivo da anulação; 2 - Os pedidos de reembolso devem estar devidamente documentados.	IMPLEMENTADAS	- Risco em processo de revisão em virtude da publicação do Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, que veio a alterar o regime de cobrança de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde; - Apesar de o risco não desvanecer por completo a probabilidade de ocorrência e o risco inerente reduz-se significativamente.			Média	Alto	Alto	Baixo	Médio	Baixo
Prestar informação privilegiada a agentes funerários ou outros prestadores de Serviço	Cumprimento das normas de boas práticas existentes no Manual de Procedimentos	IMPLEMENTADA	- Manual de procedimentos em processo de atualização; - O contacto com agentes funerários encontra-se vedado aos Assistentes Técnicos do SGASCD.			Média	Alto	Alto	Baixo	Médio	Baixo
Unidade Local de Gestão de Acesso - ULGA											
Duplicação e/ou fornecimento de dados incorretos na faturação.	1 - Conferência de dados reportados para faturação é realizada por mais de um elemento. 2 - Implementação do Cumprimento das normas do Manual de Procedimentos	IMPLEMENTADAS	Com as medidas e mecanismos que têm vindo a ser implementados, em articulação com o Serviço Financeiro, tem sido possível mitigar o risco, sendo que se verifica a existência de vários momentos de validação, não apenas administrativa mas também clínica no que respeita às alterações de propostas cirúrgicas iniciais.			Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
Utilização/Manuseamento indevido de dados pessoais e clínicos não justificado/legitimados pelos fins a que se destinam.	Implementação de Código de Conduta e Ética, a acrescentar aos Manuais dos Secretariados Clínicos e não clínicos.	IMPLEMENTADA	- Código de Ética e de Conduta aprovado pelo CA em 29 de janeiro de 2025; - Divulgado por todos os colaboradores do SGASCD.			Alta	Médio	Alto	Média	Médio	Médio
Núcleo de Controlo e Monitorização da Atividade											
Envio atempado da faturação à ACSS	Assegurar que a faturação é enviada em tempo útil à ACSS	IMPLEMENTADA	- O processamento de episódios tendo em vista a faturação do contrato-programa é efetuado diariamente; - Os erros de processamento identificados são enviados regularmente às equipas operacionais com o objetivo de garantir as correções necessárias.			Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio

Anexo VIII – Serviço de Logística e Distribuição

Unidade Orgânica: Serviço de Logística e Distribuição (SLD) Responsável: Dr. Hernâni Duarte						Grau de Risco que consta no PGRIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Armazém											
Roubo ou usurpação do bem público (material em stock) por parte dos colaboradores internos (A)	1 - As instalações dos armazéns devem estar sob vigilância, nomeadamente todas as entradas e saídas 2 - Existência de auditorias aleatórias aos carros de saída para a distribuição 3 - Inventários imediatos quando a Gestão de stocks identifica erros 4 - Caracterização de produtos apetecíveis	Medidas 1 e 4 em curso; Medidas 2 e 3 implementadas	1 - Solicitação após a renovação das instalações (em curso) a colocação de videovigilância em pontos estratégicos 2 - Sempre que ocorre incidências com erros nas saídas de carros, estas são anotadas e servem para indagar padrões e para a avaliação de desempenho 3 - Os inventários imediatos são realizados em conjunto com a coordenação que poderá abrir um inquérito	Pontos 1 e 4 (medidas preventivas) em curso Ponto 1 (informação SLD 24/2022) Pontos 2 e 3 implementados	Direção e Coordenação de Serviço	Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto
Inventariação de existências											
Regularização e ajustamentos não autorizados e não devidamente justificados e documentados (A)	1 - Autorização prévia das regularizações e ajustamentos, pelo órgão de gestão, Conselho de Administração. 2 - Apenas a equipa SLD Central tem permissão para efetuar registos de movimentos de regularização pelo que são verificados se existem movimentos com utilizadores sem permissão	IMPLEMENTADAS	1 - Verificar se as inutilizações estão a ser registadas e refletidas no registo contabilístico 2 - Verificar se as quebras e sobras foram registadas 3 - Verificar utilizadores envolvidos nos registos 4 - Confrontar utilizadores com registos e perceber o que se passou		Direção e Coordenação de Serviço	Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto

(A) Riscos a incluir na matriz do serviço, no novo Plano de Prevenção de Riscos (PPR) da ULSLO

Anexo IX – Serviços Farmacêuticos

Unidade Orgânica: Serviços Farmacêuticos (SFARM)						Grau de Risco que consta no PGRCIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Responsável: Dra. Ana Mirco											
Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Armazenamento											
Deterioração das existências dos bens/produtos em armazéns	1 - Dotar as instalações físicas de condições adequadas para o acondicionamento de bens e produtos. 2 - Garantir condições de higiene e limpeza.	PARCIALMENTE IMPLEMENTADAS	Reiterou-se a necessidade de adequação das instalações: . Serviços Farmacêuticos do HSFX: Área da produção de medicamentos; armazenamento. . Serviços Farmacêuticos do HSFX: área da oncologia; . Serviços Farmacêuticos do HEM: requalificação e alargamento das instalações; . Serviços Farmacêuticos do HSC: inflamáveis. Estas intervenções já foram solicitadas pelos Serviços Farmacêuticos, não sendo conhecido o prazo previsível para a sua realização.	As intervenções ainda por executar já foram solicitadas pelos Serviços Farmacêuticos, não sendo conhecido o prazo previsível para a sua realização.	CA/SIE	Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto

Anexo X – Serviço de Nutrição Clínica

Unidade Orgânica: Serviço de Nutrição Clínica (SNC) Responsável: Dr. João Henriques						Grau de Risco que consta no PGRCIC (PPR)			Nova Escala de Risco face às medidas apresentadas		
Identificação do Risco	Medidas preventivas e corretivas	Estado das medidas	Medidas corretivas adotadas e adotar	Prazos previstos para implementação das medidas	Responsável (eis) pela execução das medidas	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
Nutrição											
Risco Nutricional/Desnutrição, associado a aumento do tempo de internamento, morbilidade, mortalidade.	1 - Aplicação sistemática da ferramenta de Identificação de Risco Nutricional de validade preditiva (NRS 2002); 2 - Implementação de plano de cuidados nutricionais através de dieta, plano alimentar personalizado, com suplementação oral, ou suporte nutricional artificial (total ou parcial), entérico ou parentérico, adequado e atempado, de acordo com os diagnósticos clínicos e nutricionais e situação clínica.	IMPLEMENTADAS	. Monitorização do estado nutricional, ingestão alimentar, evolução clínica e adesão/ tolerância à terapêutica nutricional instituída através da aplicação de ferramentas de identificação e avaliação do estado nutricional; . Monitorização da intervenção nutricional no SClínico, SONHO e Bi hospitalar; . Promoção da adesão à terapêutica nutricional: otimização do estado nutricional com atendimento personalizado, facilitando opções alimentares individualizadas; . Aplicação de questionários anonimizados ao utente internado pelo SNC ou Serviços de Produção Clínica, para avaliação da satisfação percebida com a alimentação fornecida.			Alta	Alto	Alto	Alta	Alto	Alto