



FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

PLANO DE PREVENÇÃO DOS
RISCOS DE GESTÃO,
CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES
CONEXAS

Versão 1

**Aprovado pelo Conselho de Gestão,
em 28 de Março de 2016**

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

Índice

| | |
|--|-----------|
| Capítulo I – Identificação da Entidade, Organograma e Responsáveis | 3 |
| 1. Identificação da Entidade | 3 |
| 2. Organograma | 3 |
| 2.1. Organograma | 3 |
| 2.2. Atribuições | 5 |
| 2.3. Organização | 5 |
| 3. Responsáveis | 6 |
| 3.1. Diretor | 6 |
| 3.2. Diretor Executivo | 6 |
| 3.3. Conselho de Gestão | 7 |
| 3.3.1. Membros do Conselho de Gestão | 7 |
| 3.4. Diretores Clínico | 7 |
| Capítulo II – Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | 9 |
| 4. Conceito de Risco | 9 |
| 5. Fatores de Risco | 9 |
| 6. Funções e Responsabilidades | 9 |
| 7. Áreas de Risco | 11 |
| 9.1. Planeamento | 11 |
| 9.2. Qualidade | 11 |
| 9.3. Tecnologias de Informação | 11 |
| 9.4. Compras | 11 |
| 9.5. Despesas | 11 |
| 9.6. Recursos Humanos | 11 |
| 9.7. Receita | 11 |
| 9.8. Caixa e Bancos | 11 |
| 9.9. Stocks e Economato | 11 |
| 9.10. Património | 11 |
| 9.11. Académicos | 12 |
| 9.12. Investigação | 12 |
| 9.13. Clínica | 12 |
| Capítulo III – Processos, Riscos, Medidas de Controlo interno e Responsáveis | 13 |
| Glossário | 46 |

Capítulo I – Identificação da Entidade, Organograma e Responsáveis

1. Identificação da Entidade

Designação: FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

NIF: 503 013 366

Sede: Cidade Universitária - Lisboa

Atividade principal: Ensino Superior (CAE: 85420)

Tutela: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

Regime Financeiro: Autonomia, Administrativa e Financeira

A Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa é um estabelecimento de ensino superior público universitário que sucedeu à Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa a qual foi criada pelo Decreto-Lei n.º 282/75, de 6 de junho.

Em 1 de fevereiro de 1991, por decisão do Senado da Universidade e a que se seguiu o Despacho 169/ME/91 (publicado na II série do DR n.º 44 de 23/10/1991) foi integrada na Universidade de Lisboa.

Os seus estatutos foram aprovados e homologados pelo Reitor da Universidade de Lisboa em 10/05/93, a que se seguiu a sua publicação na II série do DR n.º 145 de 23/06/1993.

Os seus estatutos foram revistos, de forma a conformá-los com o novo regime jurídico das instituições do ensino superior estabelecido pela Lei n.º 62/2007, de 10 de setembro e foram aprovados e homologados por Despacho de 30 de janeiro de 2009 do Reitor da Universidade de Lisboa, publicado no Diário da República n.º 26, 2.ª série, de 06 de fevereiro de 2009, revistos e republicados por Despacho n.º 5075/2014, em Diário da República, 2.ª série, n.º 70, de 9 de abril de 2014.

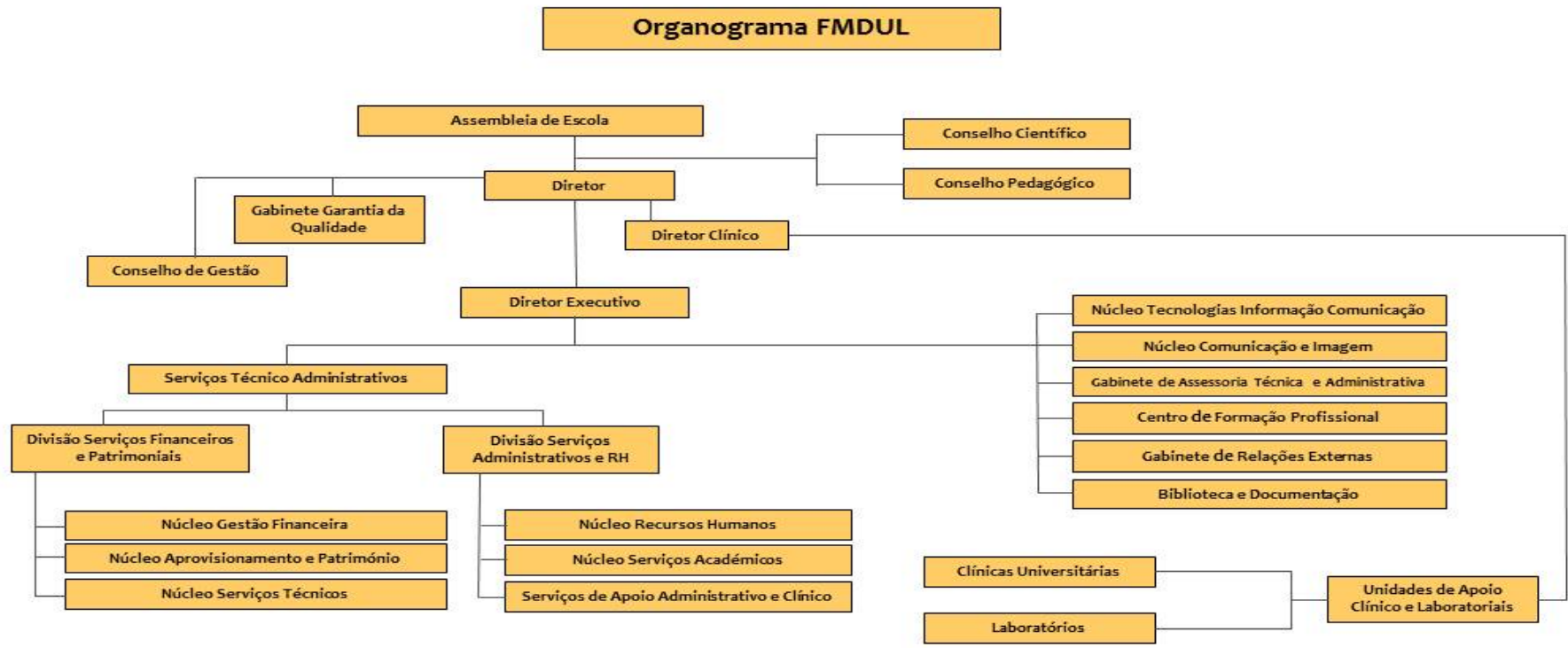
A FMDUL é uma pessoa coletiva de direito público, está sob a tutela do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e é dotada de autonomia cultural, científica, pedagógica, disciplinar, administrativa e financeira, nos termos da Lei da Autonomia das Universidades e dos Estatutos da Universidade de Lisboa.

No desenvolvimento de toda a sua atividade, a FMDUL rege-se pelas leis que regulam o Ensino Superior em Portugal, adotando igualmente as diretrizes internacionais aplicáveis, nomeadamente as decorrentes do Processo de Bolonha.

2. Organograma

2.1. Organograma

Na página seguinte apresenta-se a representação gráfica da estrutura organizacional da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.



2.2. Atribuições

1. Ministar formação de nível superior, ao nível da graduação e da pós -graduação, organizando cursos conferentes dos graus de licenciado, mestre e doutor nos ramos do conhecimento da Medicina Dentária e das Ciências e Tecnologias da Saúde, nas respetivas especialidades;
2. Organizar e ministrar outros cursos de ensino pós -graduado, realizando cursos de especialização, de atualização, de aperfeiçoamento, de extensão universitária ou outros julgados necessários nos domínios da Medicina Dentária e das Ciências da Saúde Oral;
3. Organizar e ministrar cursos de formação, nomeadamente na área das profissões auxiliares da Saúde Oral e outras atividades de aprendizagem ao longo da vida;
4. Organizar provas de agregação num ramo de conhecimento ou numa sua especialidade em que pode conferir o grau de doutor e conceder o respetivo título pela Universidade de Lisboa;
5. Promover e organizar a investigação científica, incentivando a difusão internacional da produção científica dos seus docentes e investigadores, bem como a valorização social e económica dos resultados obtidos;
6. Colaborar com as outras escolas da Universidade de Lisboa e com outras instituições de ensino e investigação portuguesas, estrangeiras e internacionais na realização de cursos, de projetos de investigação e de quaisquer outras atividades de interesse comum;
7. Proporcionar a realização pessoal e profissional dos seus membros, garantindo a liberdade académica, a livre orientação do ensino e a livre formação e manifestação de doutrinas e opiniões científicas;
8. Promover a qualidade de vida e de trabalho dos membros da Faculdade, apoiando o associativismo, a participação na vida académica e social e as atividades artísticas, desportivas e culturais;
9. Assegurar as condições para a formação, a qualificação e o desenvolvimento profissional de docentes, investigadores e pessoal não docente;
10. Patrocinar a ligação dos antigos alunos à Faculdade, bem como a participação de outras personalidades e instituições no apoio material e no seu desenvolvimento estratégico;
11. Colaborar em atividades de interesse comum com instituições, organismos e serviços públicos ou privados e outras individualidades, no âmbito das suas competências;
12. Assegurar e promover a prestação de serviços à comunidade, contribuindo para a defesa da Saúde Pública e o bem -estar da população na área da Saúde Oral;
13. Participar na definição e execução da política de ensino e de investigação no domínio específico da sua atividade.

2.3. Organização

Cursos e ciclos de estudos:

- 1 - A Faculdade ministra cursos de licenciatura, de mestrado e de doutoramento assim como cursos não conferentes de grau e cursos de índole profissional na área das Ciências Dentárias.
- 2 - Cada um dos cursos ministrados pela Faculdade tem um Conselho Coordenador, plano de estudos e regulamento próprio.
- 3 - A nomeação do Conselho Coordenador, bem como a aprovação dos planos de estudos e regulamentos próprios de cada curso são da responsabilidade do Conselho Científico, sem prejuízo das competências dos outros órgãos.

Subunidades de ensino e de investigação:

- 1 — A Faculdade integra uma subunidade de investigação, denominada Unidade de Investigação em Ciências Orais e Biomédicas, adiante designada por UICOB, reconhecida e avaliada positivamente nos termos da lei.
- 2 — A Faculdade pode criar outras subunidades de ensino ou de investigação de natureza universitária ou politécnica, nos termos da lei.

3 — As subunidades gozam de autonomia científica e pedagógica, sem prejuízo da competência dos órgãos da Faculdade, estando dotadas de regulamento próprio, de Coordenador e de Comissão Científica.

4 — A criação, alteração, fusão ou extinção das subunidades de ensino ou de investigação, bem como a nomeação dos seus coordenadores, são propostas pelo Conselho Científico, sendo aprovadas pelo Diretor.

5 — A nomeação das comissões científicas das subunidades é da competência do Conselho Científico.

Clínicas Universitárias, Clínica Integrada e Direção Clínica:

1 — A Faculdade tem clínicas universitárias onde é ministrado o ensino clínico, pré e pós - graduado, nas quais está incluída a Clínica Integrada que presta cuidados de saúde oral.

2 — O Diretor Clínico é o responsável pelo funcionamento, organização e qualidade dos serviços clínicos prestados nas clínicas da Faculdade.

3 — As unidades de apoio clínico e laboratorial são constituídas pelos seguintes serviços:

- a) Clínicas universitárias;
- b) Laboratórios.

Serviços Técnicos e Administrativos:

1 — Os Serviços Técnicos e Administrativos desenvolvem todas as atividades de natureza técnica, administrativa e financeira de apoio às atividades de ensino, investigação e funcionamento geral da Faculdade.

2 — Os Serviços Técnicos e Administrativos são dotados de regulamento próprio, definido em Regulamento Interno e aprovado pelo Diretor:

São serviços administrativos e de gestão central:

- a) Divisão de Serviços Financeiros Técnicos e Patrimoniais;
- b) Divisão de Serviços Administrativos e de Recursos Humanos.

São unidades de apoio técnico:

- a) Gabinete de Garantia da Qualidade;
- b) Biblioteca e Documentação;
- c) Núcleo de Comunicação e Imagem;
- d) Centro de Formação Profissional;
- e) Gabinete de Relações Externas;
- f) Núcleo de Tecnologias de Informação e Comunicação;
- g) Gabinete de Assessoria Técnica e Administrativa.

Associação Académica e Associação de Trabalhadores:

A Faculdade reconhece a posição e o papel da Associação Académica de Medicina Dentária de Lisboa e da Associação de Trabalhadores da Faculdade de Medicina Dentária, entidades autónomas, as quais devem ser ouvidas pelos órgãos da Faculdade, a pedido daquelas ou sempre que por estes for considerado pertinente.

3. Responsáveis

3.1. Direção

1— O Diretor é o dirigente máximo da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

2— O Diretor é coadjuvado pelo Vice - Diretor, que exerce as suas funções na sua ausência ou impedimento ou quando se verifique a sua incapacidade temporária.

3— O Diretor Executivo coordena e dirige os serviços técnicos e administrativos e o respetivo pessoal não docente e não investigador da Faculdade, reportando hierarquicamente ao Diretor.

Diretor: Professor Doutor Luís Miguel Pires Lopes

Vice-Diretor: Professor Doutor Jaime Pereira Fontes de Almeida Portugal

3.2. Diretor Executivo

1 — O Diretor Executivo exerce as suas competências de acordo com o disposto na lei, nos Estatutos da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, competindo-lhe a coordenação geral da administração da Faculdade.

2 — Compete ao Diretor Executivo:

- a) Dirigir, sob a orientação do Diretor, as unidades administrativas de gestão e o pessoal não docente e não investigador;
- b) Elaborar, sob a orientação do Diretor, as propostas de orçamento, de relatório e de conta;
- c) Colaborar na captação de financiamentos para a Faculdade;
- d) Solicitar a intervenção do Gabinete de Consultoria Jurídica no apoio à sua atividade de gestão;
- e) Exercer as competências que o Diretor ou o Conselho de Gestão lhe delegue.

Diretora Executiva: Cristina da Silva Figueira Fernandes

3.3. Conselho de Gestão

1 - O Conselho de Gestão é o órgão de gestão administrativa, financeira e patrimonial da Faculdade.

2 - O Conselho de Gestão é composto pelo Diretor, que preside, o Diretor Executivo da Faculdade e um vogal designado pelo Diretor.

3 — Compete designadamente ao Conselho de Gestão:

- a) Assegurar a integração da gestão financeira da Faculdade na Universidade de Lisboa;
- b) Propor, nos termos que a lei lhe confere, as propinas correspondentes aos diferentes ciclos de estudos;
- c) Fixar as propinas correspondentes a quaisquer outros cursos não conferentes de grau ministrados pela Faculdade;
- d) Fixar as taxas e os emolumentos de quaisquer serviços prestados pela Faculdade;
- e) Autorizar os pagamentos, nos termos da lei;
- f) Autorizar, nos termos da lei, a realização de despesas;
- g) Promover a racionalização e a eficiência dos serviços da Faculdade;

4 — O Conselho de Gestão deve colaborar com Reitoria da Universidade de Lisboa tendo como objetivo uma gestão mais eficiente.

5 - A gestão patrimonial e financeira da Faculdade é controlada pelo fiscal único da Universidade, nos termos da lei e dos Estatutos.

3.3.1. Membros do Conselho de Gestão

Professor Doutor Luís Miguel Pires Lopes, Reitor, que preside;

Professor Doutor Jaime Pereira Fontes de Almeida Portugal, Vice -Diretor;

Cristina da Silva Figueira Fernandes, Diretora-Executiva.

3.4. Diretor Clínico

1 — A Direção Clínica é dirigida por um diretor clínico, nomeado pelo diretor e coordena as unidades de apoio clínico;

2 — O diretor clínico pode ser coadjuvado por um ou mais diretores clínicos -adjuntos nomeados pelo diretor por proposta do diretor clínico.

3 — Ao diretor clínico compete a coordenação da assistência clínica prestada aos doentes da FMDUL, nomeadamente:

- a) Assegurar uma integração adequada das atividades clínicas e serviços, designadamente através de uma utilização não compartimentada da capacidade instalada;
- b) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas das clínicas, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos e que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;
- c) Aprovar as orientações clínicas relativas aos tratamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados;

- d) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica na prestação dos cuidados de saúde oral;
- e) Decidir as dúvidas que lhe sejam apresentadas pelos doentes sobre deontologia e ética ou qualidade dos serviços prestados;
- f) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da medicina dentária e higiene oral.

Diretor Clínico: Professor Doutor João Manuel Aquino Marques

Assessora do Diretor Clínico: Técnica superior, Dr.^a Maria de Lurdes Vaz Ferreira

Capítulo II – Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas

4. Conceito de Risco

Pode-se considerar que o risco se traduz num evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência e potencial consequência negativa na consecução dos objetivos de uma entidade.

5. Fatores de Risco

- Envolvente externa
 - As condicionantes impostas pela envolvente económico-financeira externa que leva à pressão sobre os fornecedores e ao aumento da potencialidade de ocorrência de situações de corrupção e infrações conexas;
 - A degradação das condições de vida dos funcionários públicos, induzida pelos cortes sucessivos nas remunerações e pelo aumento dos encargos fiscais, também criam as condições propícias para a ocorrência de situações de fraude a troco de contrapartidas (em espécie ou monetárias);
- Qualidade da governação
 - Para que a governação possa tomar as decisões adequadas é necessário ter acesso a informação íntegra, atempada e consistente. Nesta fase de adequação das estruturas, como consequência do processo de fusão de duas universidades, ainda se verifica a necessidade de atuar ao nível do Sistema de Controlo Interno, através da uniformização de processos e procedimentos, da criação de um Sistema de Informação e de um Sistema de Garantia da Qualidade, pela que a gestão ainda se encontra exposta a riscos inerentes à inexistência formal destes Sistemas.
- Integridade das operações e dos processos
 - A integridade das operações e dos sistemas encontra-se dependente da estabilidade no desenho dos processos, nos recursos afetos e dos sistemas informáticos de suporte à gestão desses processos.
- Qualidade do sistema de controlo interno
 - O sistema de controlo interno encontra-se em fase de adaptação face à nova realidade dos serviços em consequência da nova tomada de posse do Diretor.
- Motivação do pessoal
 - Dadas as condicionantes externas existe uma grande pressão sobre a manutenção das condições adequadas de sobrevivência dos funcionários públicos que levam à redução da motivação e disposição para a atividade desenvolvida. Esta situação tem levado a uma atenção especial por parte do Senhor Diretor que se tem empenhado pessoalmente no acompanhamento de todas as problemáticas da vida dos não-docentes e não investigadores.
- Comunicação
 - O sistema de comunicação interno também se encontra em fase de apreciação e revisão. Desta forma, a Direção está atenta a potenciais situações de erros e falhas decorrentes da estabilização deste Sistema.

6. Funções e Responsabilidades

No quadro seguinte apresentam-se os responsáveis pelas várias fases do processo de gestão do Risco associado à atividade da FMDUL.

| Processo de Gestão dos Riscos | |
|--------------------------------------|---|
| Função e Responsabilidade | |
| Responsáveis | |
| Diretor | <ul style="list-style-type: none"> • Dirigente máximo da FMDUL; • Garante o cumprimento da obrigação legal de elaboração do Plano; • Acompanha a definição da estratégia de gestão do risco; • Acompanha a implementação do Plano; • Acompanha as revisões periódicas. |
| Diretora Executiva | <ul style="list-style-type: none"> • Coordena e dirige os Serviços Técnicos e Administrativos; • Define a arquitetura de gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas, definindo os critérios de gestão dos riscos; • Gere o Plano; • Procede à revisão periódica dos critérios da gestão dos riscos, adequando-os continuamente; • Implementa as medidas constantes no Plano; • Alerta para a necessidade de adequação dos critérios de gestão dos riscos; • Garante a manutenção do nível de risco em patamares aceitáveis para a entidade. |
| Conselho de Gestão | <ul style="list-style-type: none"> • Aprova o Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas; • Aprova as Medidas de gestão dos riscos e respetiva implementação, criando as condições organizacionais para a sua efetivação; • Aprova Novas Medidas resultantes do Acompanhamento Periódico. |
| Diretor Clínico | <ul style="list-style-type: none"> • Coordena e dirige as unidades de apoio clínico; • Define a arquitetura de gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas para as unidades de apoio clínico, definindo os critérios de gestão dos riscos; • Procede à revisão periódica dos critérios da gestão dos riscos para as unidades de apoio clínico, adequando-os continuamente; • Implementa as medidas constantes no Plano para as unidades de apoio clínico; • Alerta para a necessidade de adequação dos critérios de gestão dos riscos para as unidades de apoio clínico; • Garante a manutenção do nível de risco para as unidades de apoio clínico em patamares aceitáveis para a entidade. |

7. Áreas de Risco

As Áreas com potencial de ocorrência de riscos com impacto danoso para a entidade são:

9.1 Planeamento

Define a organização e aplicação dos recursos disponíveis. Pode ser permeável a interesses paralelos ao da entidade ou, quando a atividade de planeamento não é devidamente exercida expor a entidade a riscos ligados à continuidade das operações. Esta área está exposta a riscos inerentes ao processo de gestão.

9.2 Qualidade

Está ligada à qualidade (fiabilidade, consistência) da produção de informação de gestão e também porque influencia a imagem da entidade perante o exterior. No futuro pode ter impacto na forma de financiamento do Ensino Superior. Esta área está exposta a riscos inerentes ao processo de gestão.

9.3 Tecnologias de Informação

Porque suportam o funcionamento de todas as atividades desenvolvidas e ainda porque permitem a salvaguarda da Informação (administrativa, académica e científica) que integra o valor da entidade (Goodwill). Esta área está exposta a riscos ligados à continuidade das operações e à salvaguarda de ativos.

9.4 Compras

Contribui para a otimização dos recursos necessários ao desenvolvimento das atividades e conseqüentemente à aplicação de dinheiros públicos. Tem impacto direto no nível da Despesa a realizar em interação com o mercado. Esta área está exposta a riscos de favorecimento externo e a riscos de gestão.

9.5 Despesas

A manutenção do nível de despesa adequado é imprescindível ao bom funcionamento da entidade, dentro dos parâmetros que permitam contribuir para a prossecução dos indicadores da dívida pública (a nível macro) e o cumprimento do equilíbrio orçamental (a nível micro) potenciando a consolidação orçamental dos dinheiros públicos. A Despesa deve, também, ser autorizada por pessoa com competência para o efeito e previamente cabimentada. Esta área está exposta a riscos de gestão no qual se integra o risco de continuidade das operações.

9.6 Recursos Humanos

A adequada gestão de Recursos Humanos (ativos da entidade) permite otimizar a aplicação dos dinheiros públicos. Esta área está exposta ao risco de favorecimento interno (dos funcionários através da avaliação e do acesso à formação) e externo (através dos processos de recrutamento).

9.7 Receita

Esta área compreende o registo das transações inerentes ao processo de financiamento da atividade da entidade, quer por via das transferências de fundos do Orçamento do Estado, quer pelas transferências no âmbito do financiamento de outras proveniências, designadamente para projetos de investigação e ainda, transações ligadas à prestação de serviços clínicos e arrecadação de propinas. Esta área está exposta a riscos ligados ao desvio de fundos.

9.8 Caixa e Bancos

Áreas de movimentação de dinheiros públicos. Estas áreas encontram-se expostas a riscos de desvio de fundos.

9.9 Stocks e Economato

A gestão de Stocks e Economato implica a otimização do uso da “coisa” pública. Os riscos inerentes a esta área compreendem o desvio/utilização de bens para fins diversos do da entidade. Por outro lado, dado se tratarem de bens consumíveis, é importante garantir que os bens dão entrada na organização e são criteriosamente utilizados. Esta área está exposta a riscos de gestão e de desvio de bens.

9.10 Património

A gestão do Património também implica a otimização do uso e manutenção da “coisa” pública. Os riscos inerentes a esta área compreendem o desvio/utilização de

bens para fins diversos do da entidade. Por outro lado, dado se tratarem de bens duradouros, é importante garantir que os bens dão entrada na organização, são criteriosamente utilizados e mantido em boas condições, garantindo a sua operacionalidade durante o período de vida útil. Esta área está exposta a riscos de gestão e de desvio de bens.

9.11 Académicos

Área intimamente ligada à missão da Faculdade, garante a credibilidade da instituição perante o exterior. Está exposta a riscos ligados à gestão (imagem) e ao favorecimento de terceiros. Caso os riscos não se encontrem controlados a níveis aceitáveis pode por em risco o “bom nome” da entidade potenciando o risco ligado de continuidade das operações.

9.12 Investigação

Nesta área existe a produção de conhecimento com valor para a Faculdade e para a Sociedade. O risco está diretamente ligado à salvaguarda dos resultados da produção científica e da aplicação desses conhecimentos. Pode ser permeável à pressão da concorrência e ao desvio de resultados a favor de particulares em detrimento da entidade.

9.13 Clínica

A Faculdade tem clínicas universitárias onde é ministrado o ensino clínico, pré e pós-graduado sendo um espaço de formação dinâmico e plural, com plena integração de todos os seus membros.

Neste sentido, os pacientes que são atendidos na FMDUL são considerados como parceiros fundamentais para o desenvolvimento da sua missão.

Na sua atividade clínica a Faculdade promove uma cultura orientada para o doente, incentivando e aplicando conceitos éticos e de qualidade universalmente aceites, nomeadamente o respeito pela autonomia do doente nas decisões de tratamento, na informação e esclarecimento das propostas de tratamento, na confidencialidade dos dados pessoais constantes do processo clínico e no primado do interesse do doente sobre o interesse educativo.

Capítulo III – Processos, Riscos, Medidas de Controle Interno e Responsáveis

Planeamento

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controle Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|---|---|
| Planeamento | Definição de uma estratégia orientada para a satisfação de interesses divergentes do interesse público da entidade. | 3 | Divulgação da estratégia da entidade aos <i>stakeholders</i> | Conselho de Escola Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico |
| Planeamento | Inexistência de um Plano de Atividades da entidade, não permitindo o garante dos meios para as atividades a realizar. | 3 | Supervisão direta do Conselho de Gestão e dos Diretores Executivo/Clínico | Conselho de Escola Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico |
| Planeamento | Inexistência de um Sistema de Informação, levando à tomada de decisões de gestão desadequadas e fora de prazo, lesando os interesses da entidade. | 3 | Supervisão direta do Conselho de Gestão e dos Diretores Executivo/Clínico | Conselho de Escola Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico |

Qualidade

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|--|--|
| Qualidade | Inexistência de um Sistema de Garantia da Qualidade, levando à inexistência de indicadores de performance que funcionem como orientação para a prossecução dos objetivos. | 2 | Supervisão direta da Comissão de Avaliação Interna e dos Diretores Executivo/Clínico | Comissão de Avaliação Interna Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico |

| | | | | |
|-----------|--|---|--|--|
| Qualidade | Inexistência de uma garantia da integridade da informação produzida. | 3 | Supervisão direta da Comissão de Avaliação Interna e dos Diretores Executivo/Clínico | Comissão de Avaliação Interna Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico |
| Qualidade | Inexistência de um sistema para oscultação dos principais atores internos e externos à entidade com vista a diagnosticar eventuais constrangimentos à prossecução dos objetivos definidos. | 2 | Supervisão direta da Comissão de Avaliação Interna e dos Diretores Executivo/Clínico | Comissão de Avaliação Interna Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico |

Tecnologias de Informação

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|---|---|
| Segurança Lógica | Acesso não autorizado | 2 | Alteração frequente de password. Impossibilidade de repetição de password. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |
| Segurança Lógica | Divulgação de informação classificada | 2 | Código de ética. Acesso restrito à informação. Existência de passwords. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |
| Segurança Lógica | Destruição de informação por vírus | 1 | Existência de Firewall Existência de antivírus adequado. Acesso restrito a de temperatura e alerta em caso de anomalia. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|--|-----------|--|---|
| Segurança Lógica | Alteração indevida de informação institucional | 1 | Código de ética. Acesso restrito a informação reservada. Existência de passwords. Backups. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |
| Segurança Física | Roubo de equipamento informático | 1 | Existência de câmaras nos corredores. Identificação dos bens. Inventário periódico. Controlo do equipamento pelo utilizador afeto ao posto de trabalho. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |
| Segurança Física | Utilização de equipamentos para fins diferentes dos autorizados | 1 | Código de ética. Supervisão direta. Filtro do acesso à informação através de tráfego negado. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |
| Segurança Física | Sala do Data Center não ter as condições de temperatura adequadas | 1 | Existência de equipamento refrigerador com controlo automático de temperatura e alerta em caso de anomalia. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|--|-----------|---|--|
| Segurança Física | Sala onde se encontra instalado o Data Center não ter meios de combate a incêndios adequados | 1 | Existência de extintores nos corredores de acesso. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |
| Segurança Física | Inexistência de sinalética que permita guiar os bombeiros no caso de ocorrência de incêndio. | 3 | Os edifícios dispõem de sinalética com indicação dos acessos internos e das saídas de emergência. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |
| Segurança Física | Existência de sobrecarga energética, levando à falha do circuito (que alcança vários postos de trabalho) | 1 | Realização de testes de sobrecarga aos quadros elétricos. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação Serviços Técnicos |
| Disponibilidade de dados | Interrupção não planeada dos sistemas | 1 | Existência de UPS e geradores para garantir o fornecimento de energia ao nível do Data Center. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a | Responsáveis |
|------------------------------|---|----|--|---|
| Disponibilidade de dados | Perda de dados | | Existência de redundância em termos de fornecimento de energia. Existência de back- | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |
| Disponibilidade de dados | Corrupção de dados versus dados inconsistentes | 1 | Firewall. Impossibilidade de instalação de aplicações pelos utilizadores. Antivírus. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |
| Desempenho da infraestrutura | Bloqueio no acesso à informação inibindo a concretização das atividades programadas | 1 | Existência de estudos sobre frequência de acesso. Dimensionamento da largura de banda, assegurada por fibra ótica. Redundância na fibra ótica. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Tecnologias e Comunicação |

Compras

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a | Responsáveis |
|---------------------------|--|----|---|---|
| Compras Públicas | Inadequado planeamento de necessidades | 2 | Existe um planeamento de necessidades através de Plano de Atividades aprovado superiormente, mas não existe a agregação ao nível da Área de Compras para efeitos de otimização na realização de | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Compras Públicas | Definição de cláusulas jurídicas e técnicas no Caderno de Encargos para benefício de terceiros | 1 | Segregação de funções entre a área que requer o bem/serviço e o desenvolvimento do procedimento administrativo. Supervisão dos processos de compras e Verificação da conformidade legal dos processos pelo Diretor Executivo. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Compras Públicas | Criação de metodologias de avaliação de propostas para favorecimento de concorrentes | 1 | Explicitação de forma clara dos critérios de | Diretor Conselho de Gestão |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|--|---|
| | | | <p>subfactores de avaliação das propostas no convite/programa. Prestação atempada de esclarecimentos aos concorrentes. Independência entre a entidade que elabora a Informação/Proposta (contém a minuta do convite/programa em anexo) e a entidade que autoriza a abertura do procedimento. Supervisão dos processos de compras pelo Diretor Executivo.</p> | <p>Diretor Executivo Núcleo de Aproveitamento e Património</p> |
| Compras Públicas | Intervenção em situação de incompatibilidade | 1 | <p>Informar e sensibilizar os trabalhadores sobre o regime geral de impedimentos. Subscrição de declaração de compromisso.</p> | <p>Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aproveitamento e Património</p> |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|---|---|
| Compras Públicas | Elaboração de cláusulas contratuais para benefício de terceira entidade | 1 | Segregação de funções entre a área que requer o bem/serviço e o desenvolvimento do procedimento administrativo. Supervisão dos processos de compras e elaboração de contratos pelo Diretor Executivo. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Compras Públicas | Aquisições junto de um determinado fornecedor para favorecimento do mesmo | 2 | Segregação de funções entre a área que requer o bem/serviço e o desenvolvimento do procedimento administrativo. Supervisão dos processos de compras pelo Diretor Executivo. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Compras Públicas | Fracionamento de despesa | 3 | Controlo sobre o valor acumulado das adjudicações, por fornecedor. Segregação de funções entre a área | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|--|----|---|---|
| | | | que requer o bem/serviço e o desenvolvimento do procedimento administrativo. Supervisão dos processos de compras pelo Diretor Executivo. | |
| Compras Públicas | Não cumprimento do CCP | 1 | Supervisão dos processos de compras pelo Diretor Executivo | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Compras Públicas | Aquisição por valor superior ao valor efetivo do bem, serviço e/ou empreitada. | 3 | Segregação de funções entre a área que requer o bem/serviço e o desenvolvimento do procedimento administrativo. Supervisão dos processos de compras pelo Diretor Executivo. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Compras Públicas | Contratualização com fornecedor não habilitado. | 2 | Segregação de funções entre a área | Diretor Conselho de Gestão |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|--|----|---|---|
| | | | que requer o bem/serviço e o desenvolvimento do procedimento administrativo. Supervisão dos processos de compras pelo Diretor Executivo. | Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Compras Públicas | Proceder à contratualização de trabalhos a mais em empreitadas quando os mesmos podem ser técnica e economicamente separáveis do objeto do contrato inicial, sem inconveniente para o dono da obra, com o intuito de favorecer o empreiteiro | 3 | Segregação de funções entre a área que requer o bem/serviço e o desenvolvimento do procedimento administrativo. Supervisão e revisão dos processos dos processos de compras pelo Diretor Executivo. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Compras Públicas | Execução de trabalhos a mais e assunção de compromissos sem autorização prévia de entidade competente. | 3 | Supervisão dos processos de empreitadas pelo Diretor Executivo | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|--|----|--|---|
| Compras Públicas | Realização de novo procedimento para pagamento de outro trabalho. | 2 | Segregação de funções entre a unidade operativa que requer o bem/serviço e o desenvolvimento do procedimento administrativo. Supervisão e revisão dos processos dos processos de compras pelo Diretor Executivo. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Compras Públicas | Prorrogação de contratos de forma automática sem a respetiva necessidade | 3 | Avaliação anual da necessidade de renovação contratual por parte do Núcleo de Aprovisionamento e Património. Supervisão direta dos processos de compras pelo Diretor Executivo. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |

Despesa

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|--|-----------|--|--|
| Despesa | Realização de despesas não cabimentadas | 3 | A autorização da Despesa ser apenas dada mediante cabimentação prévia. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleos de Gestão Financeira e de Aprovisionamento |
| Despesa | Autorização de Despesa por entidade sem a correspondente competência | 3 | Supervisão dos processos de compras pelo Diretor Executivo. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleos de Gestão Financeira e de Aprovisionamento |
| Despesa | Incumprimento da Lei dos compromissos | 1 | Existência de um “Pedido de Autorização da Assunção de Encargos Plurianuais” para cada aquisição/contratação a realizar em mais do que um ano económico. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleos de Gestão Financeira e de Aprovisionamento |
| Despesa | Realização de despesas para fins diversos do objeto da entidade | 3 | Existência de Informação/Proposta com a fundamentação da necessidade de realização de Despesa. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleos de Gestão Financeira e de Aprovisionamento |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|-----------------------------------|---|----|---|--|
| Despesa | Realização de despesas acima dos limites permitidos legalmente dando origem ao incumprimento da Regra do Equilíbrio Orçamental. | 3 | Existência de cabimento prévio para toda e qualquer Despesa. Existência de sistema de alerta na aplicação de suporte à gestão orçamental relativamente aos valores dos saldos a manter. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |
| Registo Contabilístico da Despesa | Registo duplicado de uma fatura | 1 | O sistema informático integrado SINGAP utilizado na contabilidade não permite o registo do mesmo número de fatura duas vezes. Conferência da fatura com os elementos do processo de aquisição, numa primeira fase pelo responsável da área que requereu a aquisição e numa segunda fase pela núcleo de aprovisionamento. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleos de Gestão Financeira e de Aprovisionamento |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|-----------------------------------|---|----|---|--|
| Registo Contabilístico da Despesa | Registo de faturas de bens e serviços não efetuados ou efetuados por valores inferiores aos reais | 2 | Cada fatura é associada a um processo de aquisição e é validada numa primeira fase pela área que requereu a aquisição do bem/prestação do serviço e numa segunda fase pela Área Financeira. A validação é efetuada através da conferência da fatura com a respetiva nota de encomenda/requisição oficial e guia de remessa do fornecedor. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleos de Gestão Financeira e de Aprovisionamento |
| Faturação | Faturação de valor superior aos trabalhos realizados no âmbito de uma empreitada. | 3 | Cada fatura de trabalhos é conferida com o respetivo Auto de Medição de Trabalhos, que é assinado pela entidade responsável pela fiscalização da obra e só é aceite após a aceitação do respetivo Auto. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleos de Gestão Financeira, de Aprovisionamento e de Serviços Técnicos |

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

Recursos Humanos

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|--|--|
| Recrutamento | Iniciar um processo de Recrutamento sem verificar a existência de Cabimento Prévio | 3 | Autorização da Informação/Proposta com a fundamentação da necessidade de recrutamento mediante a existência de cabimento prévio. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Recursos Humanos |
| Recrutamento | Iniciar um processo de Recrutamento sem a existência prévia de lugar no mapa de pessoal | 1 | Levantamento anual das necessidades de Recrutamento por parte do Conselho de Gestão. Existência de mapa de pessoal aprovado para cada ano. A informação/proposta que fundamenta a necessidade deve ter o Visto do Diretor Executivo, antes da autorização para | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Recursos Humanos |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|--|---|----|--|--|
| | | | a abertura do procedimento de Recrutamento. | |
| Recrutamento por concurso: - Pessoal não docente - Bolseiros | Favorecimento de candidato | 2 | Nomeação de júris diferenciados para cada concurso; Recurso preferencial a um membro de júri do Departamento de Recursos Humanos dos Serviços Centrais da Universidade de Lisboa. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Recursos Humanos |
| Recrutamento | Seleção de candidato desadequado para as funções | 2 | Nomeação de júris diferenciados para cada concurso; Recurso preferencial a um membro de júri do Departamento de Recursos Humanos dos Serviços Centrais da Universidade de Lisboa. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Recursos Humanos |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---|--|----|---|---|
| Vencimentos, abonos e descontos e horas extraordinárias | | 2 | Segregação de funções entre o processamento, registo contabilístico e pagamento de vencimentos. Verificação de Autorização e justificação de alterações na massa salarial face ao mês anterior. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Recursos Humanos Núcleo de Gestão Financeira |
| Acumulações de funções, licença sem vencimento | Considerar indevidamente que se encontram cumpridos os requisitos legais | 2 | Divulgação dos regimes de incompatibilidade; Verificação da declaração de IRS de docentes em exclusividade e dos requerimentos pedidos de forma periódica e aleatória. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Recursos Humanos |
| Férias | Autorizar dias de férias para além do permitido por lei | 2 | O registo das férias é efetuado e aprovado através do sistema informático GIAF. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico Núcleo de Recursos Humanos |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|---|---|
| Férias | Pagamento de férias anteriormente gozadas e recebidas | 2 | A Autorização de férias através da aplicação informática MyGIAF permite o controlo efetivo dos dias autorizados e gozados. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico Núcleo de Recursos Humanos |
| Férias | Não gozar o número mínimo de dias de férias previstos na lei. | 1 | Supervisão direta pelos Diretores Executivo e Clínico. Alerta do sistema informático GIAF | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico Núcleo de Recursos Humanos |
| Faltas | Faltar ao trabalho sem a autorização devida | 1 | Supervisão direta dos Diretores Executivo e Clínico. Existência de Regulamento de Faltas aprovado superiormente. Alerta do sistema de Relógio de Ponto. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico Núcleo de Recursos Humanos |
| Avaliação de funcionários | Inexistência de critérios de equidade na avaliação dos funcionários | 1 | Discussão em reuniões do conselho de Gestão dos critérios a adotar para a avaliação dos | Direção Administração Conselho de Gestão Departamento de |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|--|---|
| | | | <p>funcionários de modo a estabelecer processos equitativos.</p> <p>Existência de um Conselho Coordenador de Avaliação para apoio e fundamentação dos processos de avaliação.</p> <p>Existência de uma Comissão Paritária, com competência consultiva para apreciar propostas de avaliação dadas a conhecer a trabalhadores avaliados, antes da homologação.</p> | <p>Diretor</p> <p>Conselho de Gestão</p> <p>Diretor Executivo</p> <p>Diretor Clínico</p> <p>Núcleo de Recursos Humanos</p> <p>Comissão Paritária de Avaliação</p> |
| Avaliação de funcionários | Inexistência de transparência nos processos de avaliação para favorecimento de funcionários | 1 | <p>Existência de uma Comissão Paritária, com competência consultiva para apreciar propostas de avaliação dadas a conhecer a trabalhadores avaliados, antes da homologação.</p> <p>Publicitação em Diário da República das subidas</p> | <p>Diretor</p> <p>Conselho de Gestão</p> <p>Diretor Executivo</p> <p>Diretor Clínico</p> <p>Núcleo de Recursos Humanos</p> <p>Comissão Paritária de Avaliação</p> |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|--|-----------|--|---|
| | | | de posição remuneratória. Publicitação na intranet dos atos do CCA. | |
| Formação | Inexistência de transparência no acesso à Formação | 1 | Existência de Plano de Formação aprovado superiormente. Supervisão por parte do Diretor de Recursos Humanos. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico Núcleo de Recursos Humanos |

Receita

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|--|-----------|--|-------------------------------|
| Faturação | Inexistência de suporte legal à faturação | 2 | Revisão de acordos/protocolos pelo | Diretor Conselho de Gestão |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------------------|--|-----------|--|--|
| | | | Diretor Executivo | Diretor Executivo Diretor Clínico Núcleo de Gestão Financeira |
| Faturação | Faturação por valores incorretos | 1 | Segregação de funções entre quem emite a fatura e quem aprova a fatura. Conferência dos valores que deram origem à faturação pelo Diretor Executivo. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico Núcleo de Gestão Financeira |
| Venda de bens abatidos | Venda de um bem abatido por um valor inferior ao real | 2 | Venda dos bens abatidos em leilão ou concurso público. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleos de Gestão Financeira e Patrimonial |
| Venda de bens | Venda de um bem não abatido | 2 | Inventariação Física periódica por pessoal não afeto ao Núcleo do Aprovisionamento. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleos de Gestão Financeira e Patrimonial |
| Venda de bens e prestação de serviços | Realização de uma venda de um bem ou de uma prestação de serviços sem a correspondente faturação | 1 | Inventários Supervisão Direta por parte dos Diretores Executivo e Clínico | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Diretor Clínico |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|---|--|
| | | | | Núcleos de Gestão Financeira e Patrimonial |

Caixa e Bancos

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|--|---|
| Aplicações de Tesouraria | Incumprimento do princípio da Unidade da Tesouraria. | 2 | Verificar o cumprimento do artigo 115.º do RJIES. Supervisão direta pelo Conselho de Gestão e Núcleo de Gestão Financeira. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|--------------------------------------|---|----|--|---|
| Pagamento por transferência bancária | Realização de pagamentos sem a competente autorização | 2 | Verificar a existência de evidência de autorização pelo Conselho de Gestão na listagem das faturas para pagamento por transferência bancária. Existência de segregação de funções entre o registo da despesa e a emissão dos meios de pagamento. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |
| Pagamento | Pagamento de bens/serviços não realizados | 2 | Conferência da fatura a pagar por parte do Departamento que requereu os bens/serviços. Conferência da fatura com a Guia de Remessa na Contabilidade. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |
| Pagamento por cheque | Emissão de cheque para pagamento de despesa falsa | 2 | Utilização privilegiada de transferência bancária. Segregação de funções entre o registo da despesa e a emissão dos meios de pagamento (cheque). | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |
| Pagamento por cheque | Valor do cheque ser diferente da despesa a pagar | 2 | Conferência do valor do cheque com | Diretor Conselho de Gestão |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|--------------------------------|--|----|---|---|
| | | | documentação anexa. Segregação de funções entre o registo da despesa e a emissão dos meios de pagamento (cheque). Os cheques requererem obrigatoriamente duas assinaturas. Reconciliação bancária mensal | Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |
| Pagamentos por Fundo de Maneio | Pagamento de uma despesa realizada para fins alheios à instituição | 2 | Contagem física de Caixa (sem pré aviso). Verificação da evidência de autorização da despesa por entidade com competência. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |
| Pagamentos por Fundo de Maneio | Utilização do Fundo de Maneio para fins não previstos legalmente. | 1 | Regulamento de Fundo de Maneio. Supervisão do Registo dos pagamentos por Fundo de Maneio em Folha de Caixa. Contagens surpresa dos valores em Caixa | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |
| Reposição do Fundo de Maneio | Reposição do valor do fundo ser feita em dinheiro | 1 | A reposição do valor do Fundo de Maneio é feita | Diretor Conselho de Gestão |

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|--|----|--|---|
| | | | por cheque em nome do responsável pelo Fundo. Aquando da reposição é efectuada a conferência dos documentos justificativos dos pagamentos e do remanescente em dinheiro do valor do fundo a repor. O Fundo de Maneio funciona por Fundo Fixo de Caixa. | Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |
| Recebimentos | Utilização de valores recebidos para pagamento de Despesas. | 2 | Regulamento de Fundo de maneiio. O Fundo de Maneio funciona por Fundo Fixo de Caixa. Contagens surpresa dos valores em Caixa | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |
| Recebimentos | Existência de valores não registados em conta bancária da entidade | 2 | Circularização de: <ul style="list-style-type: none"> • Clientes, alunos e utentes; • Fornecedores; • Outros. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

Stocks e Economato

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|---|---|
| Receção do bem | Entrega de bem de valor inferior | 2 | Conferência física do bem, com recurso à nota de encomenda/requisição oficial. Inventariação física. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Receção do bem | Aprovar uma Guia de Remessa de bens que não deram, entrada em armazém | 2 | Inventariação física periódica. Segregação de funções entre quem confere a Guia de Remessa e quem regista a entrada dos bens em armazém. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Receção do bem | Aprovar uma Guia de remessa sem a conferência dos bens entregues | 2 | Conferência da Guia de Remessa com a Fatura. Inventariação física periódica. Segregação de funções entre quem inventaria e quem é responsável pelo armazém. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Registo do bem | Inexistência de registo do bem no sistema informático | 2 | Cruzamento dos bens faturados e pagos com a listagem do inventário teórico de stocks em armazém (Registo | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e |

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|--|---|
| | | | informático). Inventariação física. Segregação de funções entre o registo do bem e a conferência física através de inventário | Património |
| Identificação física | Desvio de bens da instituição | 3 | Arrumação do armazém com identificação física dos bens através de etiqueta com código de barras (na prateleira). Realização periódica do Inventário Físico. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Transferência do bem | Desvio de bens | 3 | Ficha dos bens a transferir é autorizada superiormente. Inventário Físico periódico Segregação de funções entre o registo do bem e a conferência física através de inventário. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento e Património |
| Abate do bem | Abate de bens em boas condições | 2 | O processo de identificação de bens para abate deve ser efetuado e validado por | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de |

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|---|---|
| | | | entidade independente do responsável pelo armazém. Segregação de funções entre quem elabora a lista de bens para abate e quem a aprova. | Aprovisionamento e Património |
| Saída do bem para consumo | Registrar no sistema informático saídas de bens para consumo em quantidades diferentes das efetivas | 2 | Inventariação física periódica. Conferência das requisições internas ao armazém com as saídas efetivas registadas em sistema. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Aprovisionamento |

Património

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|--|--|
| Receção do bem | Entrega de bem de valor inferior | 2 | Conferência física do bem, com recurso à nota de encomenda/requisição oficial. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Património |
| Receção do bem | Aprovar uma Guia de Remessa de bens que não deram, | 2 | Inventariação física | Diretor |

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|---------------------------|---|----|---|--|
| | entrada na entidade | | periódica. Segregação de funções entre quem confere a Guia de Remessa e quem Cria a Ficha do bem no sistema informático. | Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Património |
| Receção do bem | Aprovar uma Guia de remessa sem a conferência dos bens entregues | 2 | Inventariação física periódica. Segregação de funções entre quem inventaria e quem é responsável pelo Património. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Património |
| Registo do bem | Inexistência de registo do bem no sistema informático | 2 | Cruzamento dos bens faturados e pagos com a listagem do inventário teórico (Registo informático). Inventariação física. Segregação de funções entre o registo do bem e a conferência física através de inventário | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Património |
| Identificação física | Desvio de bens da instituição | 3 | Identificação física do bem através de etiqueta com código de barras. Realização periódica do | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Património |

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|--|-----------|--|--|
| | | | Inventário Físico. | |
| Transferência do bem | Desvio de bens | 3 | Ficha dos bens a transferir é autorizada superiormente. Inventário Físico periódico Segregação de funções entre o registo do bem e a conferência física através de inventário. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Património |
| Abate do bem | Abate de bens operacionalmente ativos | 2 | O processo de identificação de bens para abate deve ser efetuado e validado superiormente. Segregação de funções entre quem elabora a lista de bens para abate e quem a aprova. | Diretor Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Património |

Académicos

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|--|-----------|--|---------------------|
| Emissão de Diplomas, | Emissão de Diploma, Certidão ou Declaração sem a | 1 | Supervisão Direta do | Diretor |

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|--|-----------|--|--|
| Certidões e Declarações | correspondência conclusão do grau | | Diretor Executivo | Conselho de Gestão Diretor Executivo Núcleo de Serviços Académicos |

Clínica

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|---|-----------|--|--|
| Gestão de Doentes | Quebra do dever de sigilo e de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade e prossecução do interesse público. | 2 | Promoção do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções. | Diretor Diretor Clínico |
| Arquivo Clínico | Divulgação de informação que, nos termos legais, não deva ser prestada. | 2 | Arquivo guardado em local fechado e de acesso restrito a pessoas externas. | Diretor Diretor Clínico |
| Consultas | Favorecimento de clientes através da aplicação de tabela de preços mais vantajosa ou o não registo de atos médicos. | 3 | Segregação de funções por etapas no processo de registo de entrada de doentes, tratamento, elaboração dos orçamentos e emissão de faturas. | Diretor Diretor Clínico Conselho de Gestão |

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

| Identificação do Processo | Identificação dos Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas | GR | Procedimento de Controlo Interno que impede/minimiza a verificação do risco | Responsáveis |
|----------------------------------|---|-----------|---|---|
| Emissão de Faturas e Recibos | Não emissão ou anulação indevida de faturas ou recibos, de modo a eliminar a receita ou o recebimento do dinheiro, ficando o funcionário com o montante recebido. | 3 | Aprovação prévia pelo Diretor Clínico para anulação de Faturas ou alteração aos planos de tratamento médico. Contagem física de Caixa (sem pré aviso). | Diretor Conselho de Gestão Diretor Clínico Diretor Executivo Núcleo de Gestão Financeira |

GR – Graduação do Risco: 1 = Fraco; 2 = Moderado; 3 = Elevado

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, CORRUPÇÃO E INFRACÇÕES CONEXAS

Glossário

Risco

Evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência e potencial consequência negativa na consecução dos objetivos de uma entidade.

Aceitação de risco

Decisão que deve acarretar as consequências no caso de o cenário de risco se materializar, significando que apesar de o risco não ser eliminado a sua existência e magnitude são conhecidas, toleradas e esperadas sem medidas específicas de mitigação.

Comunicação do risco

Toda a informação e dados necessários para a gestão do risco dirigida a quem tem poder de decisão ou a outros atores relevantes.

Categoria de risco

Uma pontuação usada para classificar a magnitude do risco que é uma combinação das pontuações dadas à probabilidade da ocorrência e à gravidade da consequência.

Gestão do risco

A sistemática e iterativa otimização dos recursos à disposição do Diretor ou gestor tendo em consideração a manutenção dos riscos presentes a cada momento dentro dos limites fixados pela Direção.

Plano de Gestão do Risco

Documento que contém elementos específicos de orientação e planos de implementação aplicáveis aos Serviços, incluindo organização, critérios e calendarização.

Processo de gestão do risco

O conjunto estruturado de todas as atividades (do projeto) relacionadas com a identificação, avaliação, redução, aceitação e *feedback* dos riscos.

Risco global

Risco resultante da avaliação da combinação dos riscos individuais e o respetivo impacto sobre os outros, no contexto de uma Direção, Gabinete, Departamento ou Programa.

Prevenção para a Minimização do risco

Implementação de medidas que conduzem à redução da probabilidade ou da gravidade das consequências dos riscos.

Risco resolvido

Risco que foi tornado aceitável.

Risco não resolvido

Risco para o qual as tentativas de redução do risco não são viáveis, não se podem verificar, ou provaram ser mal sucedidas ou um risco que permanece inaceitável.

Risco institucional

Indicação genérica para riscos que podem ter consequências em vários Serviços da Instituição e são originados na atividade de um Serviço que exerce funções de apoio. Citam-se como exemplos os riscos de Infraestruturas, Tecnologia e qualidade, Recursos Humanos ou Finanças, ou atividades legais. Estes riscos são geridos pelos Serviços que lhes deram origem.

