



Plano de Prevenção de Riscos de Gestão Incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas PPRG

Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.



SUMÁRIO

SUMÁRIO	2
Relação de siglas	3
I Enquadramento	4
1. Caracterização da Entidade	4
1.1 Organização, funções e responsabilidades na gestão de risco do CHMA, EPE	5
1.2 Compromisso ético do CHMA, EPE	7
2. Identificação dos riscos	7
2.1 Conceito de risco e de gestão de risco	7
2.2 Avaliação dos riscos	8
2.3 Metodologia subjacente à identificação das medidas de prevenção dos riscos	9
2.4 Áreas susceptíveis de risco	10
3. Monitorização do plano	10
4. Metodologia de gestão de risco, funções e responsabilidades	11
5. Referências	12
II Anexos	14
II.1 Matrizes do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão	14
II.2 Código de Ética do CHMA, EPE	20
II.3 Organograma do CHMA, EPE	26

RELAÇÃO DE SIGLAS

Sigla	Designação
CA	Conselho de Administração
CCP	Código dos Contractos Públicos
CHMA, EPE	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
EPE	Entidade Pública Empresarial
MPCI	Manual de Procedimentos de Controlo Interno
PPRG	Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas
RI	Regulamento Interno
ROC	Revisor Oficial de Contas
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SNS	Serviço Nacional de Saúde

I Enquadramento

Através da Lei nº 54/2008, de 4 de Setembro, é criado o Conselho de Prevenção da Corrupção, uma entidade administrativa independente a funcionar junto do Tribunal de Contas, que desenvolve uma actividade de âmbito nacional no domínio da prevenção e infracções conexas.

No âmbito da sua actividade o CPC aprovou a Recomendação nº 1/2009, de 1 de Julho, e nº 1/2010, de 7 de Abril, relativas à elaboração e divulgação dos planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas, tendo o CHMA, EPE elaborado em 2011 o respectivo plano, com envio do mesmo ao CPC bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

A primeira revisão do plano ocorreu em Dezembro de 2013 tendo incorporado aperfeiçoamentos sugeridos pelos diversos responsáveis do CHMA,EPE no âmbito da monitorização efectuada assim como integrado a recomendação do CPC de 7 de Novembro de 2012 relativa a Gestão de Conflitos de Interesses.

Decorridos mais de cinco anos após a primeira recomendação do CPC de elaboração de planos de prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas, o CPC constatou que *os planos existentes não são exaustivos na identificação de riscos, nem se encontram desenhados de modo a cobrir os riscos relativos a todas as unidades da estrutura orgânica das entidades a que respeitam.*

Em reunião de 1 de Julho de 2015, o CPC aprova nova recomendação para as diferentes entidades gestoras de dinheiro, valores e património públicos, identificarem, de modo exaustivo, os riscos de gestão¹, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.

Esta nova versão do Plano, que resultará da revisão que agora se propõe, vai de encontro à referida recomendação do CPC, alterando a sua designação inicial e adoptando a designação de Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas.

O presente plano pretende reforçar o prestígio do documento nas práticas de gestão, com ênfase na participação individual e colectiva e estabelece orientações sobre a prevenção de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infracções conexas, os critérios de risco, as funções e as responsabilidades na sua estrutura e organização interna, bem como as medidas de prevenção, controlo e monitorização do plano.

Assumindo a gestão do risco de corrupção um carácter transversal, é uma responsabilidade de todos os colaboradores do CHMA, EPE. Os planos de prevenção de riscos de gestão são assim um instrumento de gestão fundamental que permitirá aferir a eventual responsabilidade que ocorra na gestão de recursos públicos.

1. Caracterização da Entidade

O Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., doravante CHMA, EPE, foi criado por fusão do Hospital Conde de São Bento e do Hospital São João de Deus, E.P.E. nos termos e para os efeitos do disposto no Decreto-Lei n.º 50-A/2007,

¹ Os riscos de Gestão referem-se genericamente ao modo como as decisões são tomadas, envolvendo a definição de políticas, procedimentos e responsabilidades, enquadrando a forma como são definidas as suas directrizes e objectivos, coordenadas as pessoas, os processos e as tecnologias, no estrito respeito dos princípios de boa gestão dos recursos públicos, tendo por base a eficiência, eficácia, qualidade, transparência e equidade nas decisões tomadas, no estrito cumprimento da regulamentação vigente.

de 28 de Fevereiro. É uma entidade pública empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, que sucede nos direitos e obrigações das unidades de saúde que lhe deram origem, independentemente de quaisquer formalidades.

1.1 Organização, funções e responsabilidades na gestão de risco do CHMA, EPE

O CHMA, EPE assume como missão prestar cuidados de saúde a toda a população, de forma integrada, através de uma rede de serviços de fácil acesso, com eficiência técnica e social de elevado nível, que permita a obtenção de ganhos em saúde. A instituição colabora, ainda, no desenvolvimento dos programas de saúde de âmbito regional e ou nacional, promovidos pela tutela ou entidades parceiras.

O desenvolvimento da actividade do CHMA, EPE rege-se pelos seguintes valores:

- Transparência nas acções e ética nos relacionamentos;
- Orgulho e sentimento de pertença;
- Qualidade na acção, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço;
- Total respeito pela Dignidade e Direitos da Pessoa Humana;
- Espírito de colaboração e cortesia profissional, no relacionamento com os utentes e com os restantes colegas de trabalho.

Os princípios estruturais e duradouros que guiam o comportamento e a actuação do CHMA, EPE são:

- Atitude centrada no doente e na promoção da saúde na comunidade;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura de excelência técnica e do cuidar;
- Cultura interna de multidisciplinaridade e trabalho em equipa.

Na sua actuação, o CHMA, EPE pauta-se pela prossecução dos seguintes objectivos:

- Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e em tempo oportuno;
- Aumento da eficácia técnica e de eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Prosseguir a melhoria contínua da qualidade;
- Implementação e desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;

- Cumprimento das metas contratualizadas com o Ministério da Saúde, através de contrato específico e de planos de acção.

Segundo os Estatutos dos Hospitais EPE, Anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de Fevereiro, são órgãos sociais do CHMA, EPE:

- a) O Conselho de administração;
- b) O fiscal único;
- c) O conselho consultivo.

Cargo	Órgãos sociais	Mandato
Conselho de Administração		
Presidente	António Alberto Brandão Gomes Barbosa	2016/18
Vogal Executivo	Victor Manuel Oliveira Araújo Boucinha	2016/18
Vogal Executivo	Luís Fernando Andrade Moniz	2016/18
Director Clínico	Manuel José Teixeira Rodrigues	2016/18
Enfermeira Directora	Deolinda Maria Correia do Vale	2016/18
Fiscal Único		
Efectivo	Jorge Rui de Pinho, ROC nº 452	2013/15
Suplente	Ricardo Jorge Pereira, ROC nº 1536	2013/15
Conselho Consultivo		
Presidente	Não nomeado	

Compete ao Conselho de Administração² garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, texto do nº 1 do artigo 7º dos Estatutos, Anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro.

O Fiscal Único³ é o órgão social responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do CHMA, EPE. É designado por despacho do membro do governo responsável pela área das finanças, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão de Mercado de Valores Mobiliários.

O Conselho Consultivo⁴ é o órgão a quem compete apreciar os planos de actividade de natureza anual e plurianual, acompanhar a actividade do CHMA, EPE, bem como emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

² Nomeado através da Resolução nº 8/2016, de 29 de Março de 2016, do Conselho de Ministros.

³ Artigo 17º do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de Fevereiro.

⁴ Artigos 21º a 23º do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de Fevereiro.

Os estatutos prevêem ainda o serviço de auditoria interna⁵, cuja direcção compete ao auditor interno, nomeado pelo Conselho de Administração do CHMA, EPE.

A estrutura organizacional do CHMA, EPE encontra-se detalhadamente descrita no Regulamento Interno⁶, disponível no sítio do CHMA, EPE (www.chma.pt), do qual é parte integrante o Organograma da instituição que consta como anexo ao presente plano (Anexo II.3). Nele são descritos os diferentes serviços e as suas competências, sendo de realçar, para além dos órgãos anteriormente descritos, o Gabinete de Gestão do Risco⁷.

1.2 Compromisso ético do CHMA, EPE

O Código de Ética do CHMA, EPE, faz parte integrante deste plano (Anexo II.2) e todos os seus trabalhadores e colaboradores estão vinculados ao cumprimento das normas que o compõem, assumindo o compromisso ético que o integra.

2. Identificação dos riscos

2.1 Conceito de risco e de gestão de risco

“O risco é a possibilidade de que um acontecimento ou acção possa afectar adversamente a prossecução dos objectivos da organização.

A gestão de risco é um processo, determinado pelo Conselho de Administração e executado pelas chefias intermédias, aplicado à estratégia do negócio e desenhado para identificar potenciais eventos que podem afectar a sua continuidade e que permite atingir, com razoável segurança, a realização dos objectivos organizacionais, proporcionando um adequado alinhamento da estratégia com o perfil de risco da organização.”

A gestão de risco é um processo porque não é estática, mas sim contínua e interactiva entre as diversas acções da organização. É aplicada por todos dentro da organização através das suas acções, nomeadamente na determinação da missão, visão e/ou estratégias da organização, tendo em consideração o perfil de risco que a organização está disposta a suportar no caminho para a determinação do seu valor e que garante um grau razoável de segurança na realização dos seus objectivos.

Pela gestão de risco, o desafio para a gestão é o de determinar quanta incerteza a entidade está preparada para aceitar e permitir geri-la bem como os riscos e oportunidades associados.

A elaboração do presente Plano considera ainda os seguintes conceitos: corrupção e infracções conexas.

A corrupção identifica-se aqui como a apropriação ilegítima da coisa pública, entendendo-se como o uso ilegal dos poderes da Administração Pública ou de organismos equiparados, com o objectivo de serem obtidas vantagens ilícitas. A corrupção pode ser classificada consoante se trate: corrupção passiva para o acto ilícito; corrupção passivo para acto lícito; e corrupção activa.

⁵ Artigo 19º do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de Fevereiro.

⁶ Documento a aguardar revisão nos termos do artigo 38º do Decreto-Lei nº18/2017, de 10 de Fevereiro.

⁷ Inclui as áreas de risco clínico e não clínico, com competências atribuídas no artigo 67º do RI do CHMA, EPE. No âmbito da segurança do doente está implementado um sistema de notificação de incidentes para identificação de riscos, aplicativo HER_Risco.

Muito próximos da corrupção existem outros crimes igualmente prejudiciais ao bom funcionamento das instituições e dos mercados, as infracções conexas, que têm como objectivo a obtenção de vantagem ou compensação do agente público. São eles o tráfico de influência, o peculato, a participação económica em negócio, a concussão, o abuso de poder e o suborno.

Numa outra vertente de risco identificado, o conflito de interesse, foi alvo de Recomendação do CPC (nº 5/2012), de 7 de Novembro, entendida como um conjunto lato e muito variado de práticas que violam a conduta ética desejada da administração pública, estabelece a necessidade das entidades com natureza pública, ainda que constituídas sob a forma de direito privado, disporem de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses.

De acordo com a Recomendação do CPC, o *“conflito de interesses no sector público pode ser definido como qualquer situação em que um agente público tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza que possam afectar ou em que possam estar em causa interesses particulares, seus ou de terceiros, e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas”*.

2.2 Avaliação dos riscos

São vários os factores que levam a que o desenvolvimento de um evento (facto, actividade, etc.) tenha um maior ou menor risco. Os factores externos podem ser dos mais variados e dependem em grande parte da própria envolvente da organização. Quanto aos factores internos podemos, entre outros, considerar:

- A competência da gestão, uma vez que uma menor competência da actividade de gestão envolve, necessariamente, um maior risco;
- A integridade dos gestores e decisores, dado que, com um comprometimento ético e um comportamento rigoroso, haverá um menor risco;
- A qualidade do sistema de controlo interno e a sua eficácia já que quanto menor a eficácia, maior o risco;
- A deterioração da condição económica da entidade. Desempenhos deficientes crescentes. À medida que o desempenho se deteriora, os vários níveis da organização têm tendência a tornarem-se negligentes e a deturparem a informação;
- Grau de motivação do pessoal. Uma fraca motivação aumenta o risco.

O Plano é um instrumento de gestão de risco, no sentido em que identifica os principais pontos críticos para as diferentes áreas de actividade, associando as medidas preventivas correspondentes por forma a mitigar os riscos inerentes.

Na avaliação do risco, deverão ser avaliados os riscos associados a objectivos, em termos de probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar como deverão ser geridos.

A probabilidade de ocorrência representa a possibilidade de um dado evento se verificar enquanto o impacto representa o efeito do evento ocorrer, o qual deverá ser medido utilizando a mesma unidade definida para o objectivo respectivo.

A aferição do risco teve por base estes dois factores, probabilidade de ocorrência e impacto, sendo o resultado enquadrado na seguinte matriz de risco (Probabilidade x Impacto):

		Nível de risco		
		Baixa	Média	Alta
I m p a c t o	Alto 3	3	6	9
	Médio 2	2	4	6
	Baixo 1	1	2	3
		1	2	3
		Probabilidade		

Legenda: 1-2 Baixo risco; 3-4 Médio risco; 6-9 Alto risco

A análise efectuada, em cada uma das áreas, foi desenvolvida de acordo com os seguintes critérios:

- Identificação dos potenciais eventos de risco passíveis de gerar a prática de actos de incumprimento que podem assumir a configuração de corrupção;
- Classificação dos factores identificados, efectuada apenas em termos qualitativos, quanto à probabilidade de ocorrência e impacto esperado (Alto, Médio e Baixo) e considerou os seguintes aspectos:
 - Pontos críticos e riscos genericamente associados a cada área;
 - Matrizes de Gestão do Risco de sistematização das funções transversais e de cada serviço.

2.3 Metodologia subjacente à identificação das medidas de prevenção dos riscos

Após efectuada a identificação dos riscos é determinada a forma de resposta aos mesmos que permita a sua não ocorrência ou a diminuição do impacto da sua ocorrência. No entanto, esta resposta pode conter quatro formas de gestão do risco:

- Evitar o risco, eliminando a sua causa;
- Prevenir o risco, procurando minimizar a probabilidade de ocorrência do risco ou do seu impacto negativo;

- Aceitar o risco e os seus efeitos;
- Transferir o risco para terceiros.

Na determinação da resposta a gestão deve considerar:

- Os efeitos das potenciais respostas na probabilidade e no impacto e qual a opção de resposta que se encontra alinhada com o nível de risco tolerável pela organização;
- O custo vs benefício da potencial resposta;
- As oportunidades que permitem atingirem os objectivos da organização indo para além da gestão de um risco específico.

2.4 Áreas susceptíveis de risco

Tendo em considerando a actividade do CHMA, EPE os relatórios do Fiscal Único, os resultados das acções de auditoria interna realizadas, bem como os relatórios de auditorias e inspecções realizadas por entidades externas, foram consideradas as áreas e serviços a seguir identificadas como mais susceptíveis de gerarem riscos, pelo que iremos procurar a identificação dos eventos susceptíveis de corrupção e/ou de infracções conexas e concluir com a transcrição das medidas preventivas que proporcionam ao CHMA, EPE o seu controlo efectivo (Anexo II.1).

Matrizes por áreas transversais

1. Acumulação de funções público-privadas
2. Conflito de interesses

Matrizes por serviço

3. Recursos humanos
4. Gestão de doentes
5. Serviços financeiros
 - 5.1 Clientes e contas a receber
 - 5.2 Gestão de tesouraria/disponibilidades
 - 5.3 Gestão de contas a pagar
6. Compras e património
7. Logística e gestão hoteleira

3. Monitorização do plano

O presente Plano é um instrumento de gestão dinâmico, para o que será necessário efectuar um acompanhamento periódico na sua execução e proceder à sua actualização sempre que se identifiquem novos factores de risco.

Os responsáveis pelos serviços das áreas abrangidas desempenham um papel fundamental na prevenção e na detecção da corrupção, cabendo-lhes sobretudo supervisionar activamente os seus colaboradores.

Uma gestão de riscos eficaz, necessita de uma estrutura de comunicação e revisão que assegure que os riscos são identificados e avaliados e que os controlos e respostas adequados são implementados.

Com o objectivo de aferir a efectividade, utilidade e eventual alteração das medidas preventivas propostas, deverá ser constituído em grupo de trabalho formado pelos responsáveis dos serviços das áreas abrangidas, pelo auditor interno e por um membro do conselho de administração.

A monitorização do Plano fará parte integrante do processo de gestão de riscos do CHMA, EPE, devendo contemplar uma apreciação global e focar deficiências e emitir recomendações. Os responsáveis pelas áreas de risco identificadas deverão remeter ao auditor interno um relatório da implementação das medidas preventivas definidas bem como a indicação da necessidade da sua actualização.

Dando cumprimento às recomendações do CPC, no final de cada exercício económico será elaborado um Relatório de Anual de Acompanhamento, pelo auditor interno, com apresentação ao Conselho de Administração para aprovação e posterior envio ao Conselho de Prevenção da Corrupção bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

Dando cumprimento à Recomendação do CPC de 07 de Novembro de 2011 - gestão de conflitos de interesse no sector público – deverá ser incluída no Relatório sobre a execução do plano de prevenção de riscos, uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses.

Do plano e do relatório aprovados dar-se-á conhecimento a todos os colaboradores a prestar serviço no CHMA,EPE através de portal interno.

4. Metodologia de gestão de risco, funções e responsabilidades

A implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas, e a sua monitorização é da responsabilidade do Conselho de Administração.

O Vogal do CA com competência atribuída, deverá presidir ao grupo de trabalho a constituir formado pelos responsáveis dos serviços das áreas abrangidas e pelo auditor interno.

A gestão intermédia/coordenadores dos serviços, são os responsáveis pela implementação do plano nas suas áreas de actuação, para assegurar que as actividades de controlo instituídas estão e ser efectuadas, bem como no acompanhamento do Plano. Para o efeito devem desenvolver as seguintes actividades:

- Elaborar e submeter ao auditor interno propostas concretas para a implementação das medidas de prevenção;
- Efectuar o acompanhamento e avaliação do plano, conforme descrito no ponto anterior;
- Identificar e comunicar ao auditor interno as ocorrências de risco verificadas e eventuais alterações, nomeadamente dos factores de risco incluídos no plano e novos factores de risco surgidos.

O auditor interno é o órgão responsável pela elaboração do plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, e pelo respectivo relatório anual de execução, bem como pela avaliação de ocorrências de risco verificadas e comunicadas pelos coordenadores de serviços e a sua apresentação ao conselho de administração.

5. Referências

Tribunal de Contas, “Questionário sobre a avaliação da gestão dos riscos de corrupção”, Conselho de Prevenção da Corrupção;

Tribunal de Contas, “Guião para a elaboração de planos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas”, Conselho de Prevenção da Corrupção;

“Prevenir a Corrupção – um guia explicativo sobre a corrupção e crimes conexos”, Edição do Gabinete para as Relações Internacionais, Europeias e de Cooperação do Ministério da Justiça (GRIEC).

II Anexos

II.1 Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, por áreas e serviços:

Matrizes por áreas transversais

1. Acumulação de funções público-privadas
2. Conflito de interesses

Matrizes por serviço

3. Recursos humanos
4. Gestão de doentes
5. Serviços financeiros
 - 5.1 Clientes e contas a receber
 - 5.2 Gestão de tesouraria/disponibilidades
 - 5.3 Gestão de contas a pagar
6. Compras e património
7. Logística e gestão hoteleira

II.2 Código de Ética do CHMA, EPE

II.3 Organograma do CHMA, EPE

II ANEXOS

II.1 Matrizes do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

1. e 2. Matriz de gestão de risco por áreas transversais

Actividade/ função/pro cesso	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Resposta ao Risco
						Medidas Preventivas e de Controlo
Acumulação de funções	CA e dirigentes	Utilização de recursos públicos no exercício da actividade privada	2	2	Médio	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos nos artigos 21º a 24 da Lei nº 35/2014, de 20 de Junho. Subscrição de declaração em que seja assumido de forma inequívoca que as funções acumuladas não coincidem com as funções que exerce nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua acção.
		Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas para o desempenho de funções públicas	2	1	Baixo	Renovação anual do pedido de autorização ou sempre que surjam quaisquer alterações.
		Não comprometimento no caso de ocorrência superveniente de conflito de interesses	2	1	Baixo	Compromisso do trabalhador cessar de imediato a função de acumulação
		Tratamento privilegiado de familiar, amigo ou alguém interessado na decisão	2	2	Médio	Efectuar controlo regular e aleatório dos pedidos de autorização de modo a verificar a sua utilização e abrangência.
Conflito de interesses	CA e dirigentes	Favorecimento de um fornecedor no qual o dirigente, chefia ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenham algum interesse na execução do contrato.	2	2	Médio	Identificação da respectiva sanção aplicável aos infractores em conformidade com o quadro punitivo existente. Subscrição de declaração de inexistência de conflito de interesses relativamente a cada procedimento que lhe seja confiado no âmbito das suas funções e no qual, de algum modo, tenha influência. Existência de uma estrutura hierárquica com vários níveis de decisão
		Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução de contrato	1	2	Médio	Existência de mecanismos legais para os trabalhadores reportarem o eventual envolvimento de outros trabalhadores em condutas corruptas ou consideradas. Promover a tomada de decisões colegiais.

Nota: Probabilidade de ocorrência e impacto esperado (2 = médio e 1 = baixo)
Aferição do risco (3-4 = Médio risco; 2-1 = Baixo risco)

3. Matriz de gestão de risco do serviço de recursos humanos

Actividade/função/ processo	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Resposta ao Risco
						Medidas Preventivas e de Controlo
Recrutamento de colaboradores	Serviço de Recursos Humanos/Júris Concurso	Favorecimento de candidato; intervenção em processo em situação de impedimento;abu so de poder.	1	1	Baixo	Constituição de júri com número mínimo de 3 elementos; Diversificação na constituição dos júris; Utilização de critérios de avaliação objetivos e de acordo com a legis em vigor para cada carreira; Assinatura de declaração de não impedimento ou incompatibilidade, no respeito pelo princípio da isenção; Implementação de um regulamento de recrutamento; Revisão regular dos procedimentos PRO.SRH.009 - Manual de Procedimento do SRH e PRO.SRH.010 e PRO.SRH.011 - Procedimentos de Gestão de Recursos Humanos, com respeito pelo princípio da igualdade constante do estatuto das EPE.
Avaliação dos colaboradores	Serviço de Recursos Humanos/Avaliador es SIADAP	Potencial descricionaridade no processo de avaliação dos colaboradores	2	2	Médio	Definir à priori os critérios de aplicação das quotas; Comunicar atempada aos avaliadores as quotas atribuídas. Monitorizar o cumprimento dos prazos para a avaliação e a atribuição dos objetivos, e homologação das avaliações; Efetuar o registo das avaliações de desempenho atribuídas e respetivos pontos no RHV.
Processamento remunerações	Serviço de Recursos Humanos	registo de alterações mensais (faltas, horas extra, remunerações não regulares) não efectuado, ou efectuado de forma errada no	2	3	Alto	Segregação de funções, entre quem efetua a autorização, a comunicação e o registo; Monitorização mensal das alterações não efetuadas, ou efetuadas de forma errada; Conferência do total de faltas e horas extraordinárias ou outras registadas, por confrontação com o total das processadas constante da folha de vencimentos; Auditorias regulares ao processamento.

Nota: Probabilidade de ocorrência e impacto esperado (3 = alto; 2 = médio e 1 = baixo)
Aferição do risco (6-9 = Alto risco; 3-4 = Médio risco; 2-1 = Baixo risco)

4. Matriz de gestão de risco do serviço de gestão de doentes

Actividade/função/ processo	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Resposta ao Risco
						Medidas Preventivas e de Controlo
Requisição de MCDT's ao exterior na sequência da prescrição médica	SGD-UGME	Recurso a terceiras entidades prestadoras de MCDT, que não sejam objecto de adjudicação ou consulta de mercado por parte do SCP;	3	3	Alto	- Sendo os MCDT requisitados ao exterior assentes em processos de compra (muitos deles ultrapassados temporalmente), é fundamental a emissão de listagem de aprovações/adjudicações pelo SCP dos actos com maior impacto, seja em quantidade, seja em valor.
		Emissão de Termos de Responsabilidade perante terceiras entidades sem a respectiva autorização financeira de elemento com competência para autorização de despesa;	1	3	Baixo	- Implementação de circuitos que distingam a validação da pertinência clínica e a validação financeira nas autorizações de recurso ao exterior.
Identificação de Utentes	SGD-Secretariados Clínicos	Deficiente recolha/actualização dos dados dos Utentes a pessoas conhecidas, particularmente criando dificuldade de identificação dos indivíduos a quem é prestada assistência	1	3	Baixo	- Criação de procedimentos que determinem a obrigatoriedade de apresentação de identificação documental para registo de uma admissão ou de regras de cruzamento necessárias a garantir a maior certeza possível na identificação dos indivíduos;- Criação de um sistema de validação da consulta e actualização da ficha de identificação dos Utentes no RNU quando os registos de admissão de um episódio assistencial;- Realização de auditorias que visem identificar falhas de dados de identificação em episódios assistenciais ativos.
Cobrança de Taxas Moderadoras	SGD-Secretariados Clínicos Serviços Financeiros	Falha na cobrança/entrega/conferência de valores de Taxas Moderadoras ou atribuição indevida de benefícios de isenção a Utentes	2	3	Alto	- Realização de auditorias de validação da aplicação dos códigos de isenções de taxas moderadoras, ausência de identificação de subsistemas de saúde ou de dados identificativos que permitam chegar à cobrança efectiva de valores;- Auditorias sistemáticas ao procedimento de cobrança e entrega de valores de taxas moderadoras;- Implementação de normas que garantam maior celeridade na cobrança coerciva de taxas moderadoras.

Nota: Probabilidade de ocorrência e impacto esperado (3 = alto; 2 = médio e 1 = baixo)

Aferição do risco (6-9 = Alto risco; 3-4 = Médio risco; 2-1 = Baixo risco)

5. Matriz de gestão de risco dos serviços financeiros

	Actividade/função/ processo	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Resposta ao Risco	
							Medidas Preventivas e de Controlo	
5.1 Clientes e contas a receber	Cobrança de Taxas Moderadoras	Serviço de Gestão de Doentes; Serviços Financeiros; Gabinete Jurídico;	Falha na cobrança de valores de Taxas Moderadoras ou atribuição indevida de benefícios de isenção a Utentes conhecidos	2	2	Médio	<ul style="list-style-type: none"> - Rotatividade do pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras; - Revisão do Procedimento de Cobrança de Taxas Moderadoras – Implementação de normas que garantam maior celeridade na cobrança de taxas moderadoras; - Segregação de Funções entre quem recebe e quem confere e entrega nos Serviços Financeiros; - Realização de auditorias internas; - Procurar obter a maior automatização possível no processo de facturação e cobrança de taxas moderadoras, reduzindo a intervenção humana; - Obrigar à indicação de um motivo para a anulação da facturação e da cobrança de taxas e a um registo do funcionário que efectuou essa anulação; - Fazer depender a anulação da facturação ou da cobrança de uma taxa moderadora à autorização superior, obrigado à sua validação, excepto nos casos tipificados no procedimento; - Tipificar os casos cuja validação superior possa não ser necessária, como por exemplo, a prescrição; - Nos casos de prescrição obrigar a que a mesma seja invocada por exposição por escrito do utente, não podendo a cobrança ser anulada sem este suporte documental; - Nos demais casos obter, sempre que possível, os comprovativos documentais de suporte à decisão de anulação da facturação ou da cobrança. 	
	Depósito de valores cobrados	Serviço de Gestão de Doentes; Serviços Financeiros	Retenção de valores cobrados por colaborador	2	2	Médio	<ul style="list-style-type: none"> - Auditorias sistemáticas ao procedimento de cobrança e entrega de valores de taxas moderadoras; - Implementação de sistema multibanco nos principais postos de cobrança; - Entrega diária dos valores cobrados na Tesouraria, excepto aos fins-de-semana e feriados; - Definição de procedimento a efectuar no caso de faltas ou ausências dos colaboradores, principalmente no caso de ausências prolongadas previsíveis, como a licença por maternidade e férias; - Contagens periódicas dos Caixas do Serviço de Gestão de Doentes efectuadas pelo Auditor Interno. 	
5.2 Gestão de Tesouraria / Disponibilidades	Gestão de Tesouraria	Serviços Financeiros	Desvio de fundos	1	3	Médio	<ul style="list-style-type: none"> - Contagens periódicas dos Caixas dos Serviços Financeiros, efectuadas pelo Auditor Interno; - Realização de reconciliações bancárias por Colaborador não afeto à tesouraria, com validação periódica pelo Auditor Interno; - Definição de procedimento a efectuar no caso de faltas ou ausências dos colaboradores, principalmente no caso de ausências prolongadas previsíveis, como a licença por maternidade e férias; - Circularização periódica dos saldos de terceiros; - Reporte mensal dos Serviços Financeiros ao CA sobre a situação económico-financeira e a evolução das contas de receita e despesa do CHMA. 	
	Manutenção de Dados Mestre de Fornecedores	Serviços Financeiros	Alteração de IBAN de fornecedor não autorizada	1	3	Médio	<ul style="list-style-type: none"> - Segregação de funções; - Circularização periódica de saldos de terceiros. - Fazer depender a alteração dos dados dos fornecedores de comunicação escrita realizada pelos fornecedores e recepcionada por correio, com especial atenção para os dados relativos ao pagamento, procurando minimizar os riscos de recepção de e-mails fraudulentos. 	
5.3 Gestão de Contas a Pagar	Pagamentos	Serviços Financeiros	Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores; Pagamentos em montante superior ao devido.	1	1	Baixo	<ul style="list-style-type: none"> - Análise das antiguidades de saldos a fornecedores; - Segregação de funções. - Verificar a implementação da obrigatoriedade legal de proceder aos pagamentos por ordem da antiguidade dos saldos, iniciando os pagamentos nos saldos mais antigos; - Identificar claramente os terceiros que serão excepcionados a esta regra, indicando os prazos de pagamento e o motivo para a atribuição do tratamento diferenciado (por exemplo fornecedores exclusivos de um dado fármaco que cortam o fornecimento caso não se cumpra um prazo de pagamento mais curto, serviços de profissionais médicos prestados por empresas em que se procura garantir aos recursos humanos envolvidos um tratamento idêntico aos trabalhadores do CHMA. - Procurar obter a maior automatização possível no processo de pagamento, utilizando preferencialmente os ficheiros gerados automaticamente pela aplicação de contabilidade e posteriormente carregados no IGCP, reduzindo desta forma a intervenção humana; 	

Nota: Probabilidade de ocorrência e impacto esperado (2 = médio e 1 = baixo)
Aferição do risco (3-4 = Médio risco; 2-1 = Baixo risco)

6. Matriz de gestão de risco do serviço de compras e património

Actividade/função/ processo	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Resposta ao Risco
						Medidas Preventivas e de Controlo
Aquisição de bens, serviços ou empreitadas	Serviço de Compras e Património / Restantes Serviços do CHMA	Incorreta estimativa de necessidades	2	2	Médio	Envolver os serviços na avaliação das necessidades, para além do histórico registado no SCP
		Não submissão do procedimento à concorrência	1	3	Médio	Salvo motivos justificados, realização de ajustes diretos com convite a vários fornecedores; Abertura dos procedimentos à categoria, na plataforma eletrónica
		Favorecimento de fornecedores	1	3	Médio	Diversificação na constituição dos júris; Cumprimento das regras constantes no Código dos Contratos Públicos; Utilização única de critérios de avaliação objetivos; Auditorias internas regulares às aquisições; Subscrição por todos os membros de júri de declaração de incompatibilidade
		Procedimento concursal com falhas procedimentais	2	2	Médio	Diversificação na constituição dos júris; Cumprimento das regras constantes no Código dos Contratos Públicos; Utilização única de critérios de avaliação objetivos; Auditorias internas regulares às aquisições; Subscrição por todos os membros de júri de declaração de incompatibilidade
		Fraccionamento de despesa	1	2	Médio	Implementação de plano anual de compras
		Não cumprimento de todas as obrigações legais	2	2	Médio	Elaboração de pasta partilhada, onde conste toda a informação de cada procedimento, até à publicação em site próprio
		Comunicação de renovações contratuais sem devida autorização	1	3	Médio	Minuta de proposta de renovação deverá conter data da decisão do Conselho de Administração
		Aquisição de materiais não apropriados	1	3	Médio	Constituição de júri com pelo menos um elemento da área
Recepção de materiais	Serviço de Compras e Património/ Serviço de Logística e Gestão Hoteleira/ Serviço de Instalações e Equipamentos/ Serviço de Sistemas	Desconformidades quantitativas e qualitativas entre a aquisição e recepção	1	3	Médio	Segregação de funções entre compra/recepção; Monitorização da entrega dos bens/serviços; Comunicação pelo Serviço de Compras e Património das condições de fornecimento acordadas, ao serviço que efetua a receção; Emissão frequente de listagens com Notas de encomenda "Não satisfeitas"
Gestão de garantias	Serviço de Compras e Património/ Serviços Financeiros/ Serviço de Instalações e Equipamentos	Inexistência de controlo sobre as garantias bancárias	1	1	Médio	Centralização da guarda das garantias bancárias dos Serviços Financeiros
		Não libertação de garantias bancárias atempadamente	2	1	Médio	Identificação da data de libertação da garantia aquando da entrega das mesmas aos Serviços financeiros; Parecer do Serviço de Compras e Património e do Serviço de Instalações e Equipamentos para a sua libertação
		Não gestão de garantias dos bens	3	4	Médio	Definição de um procedimento de gestão de garantias; Sensibilização do serviço utilizador do bem sobre a garantia daquele
Aquisição de vinhetas médicas	Serviço de Compras e Património	Utilização indevida de vinhetas	2	2	Médio	Elaboração de relatórios trimestrais referentes aos pedidos de vinhetas médicas
Gestão de património	Serviço de Compras e Património/ Serviço de Instalações e Equipamentos	Desvio de bens inventariáveis do hospital	2	3	Alto	Manter inventário atualizado; Entrega aos serviços de relação dos bens à sua responsabilidade; Manual de gestão de imobilizado
		Abate indevido de bens	1	2	Baixo	Entrega de autorização do abate aquando do levantamento do bem; Ficha de abate ser sempre validada pelo Serviço de Instalações e Equipamentos ou SSIC e pelo Serviço de Compras e Património
		Transferência indevida de bens	3	1	Baixo	Auditorias ocasionais aos serviços; Relação dos bens inventariáveis em cada divisão

Nota: Probabilidade de ocorrência e impacto esperado (3 = alto; 2 = médio e 1 = baixo)

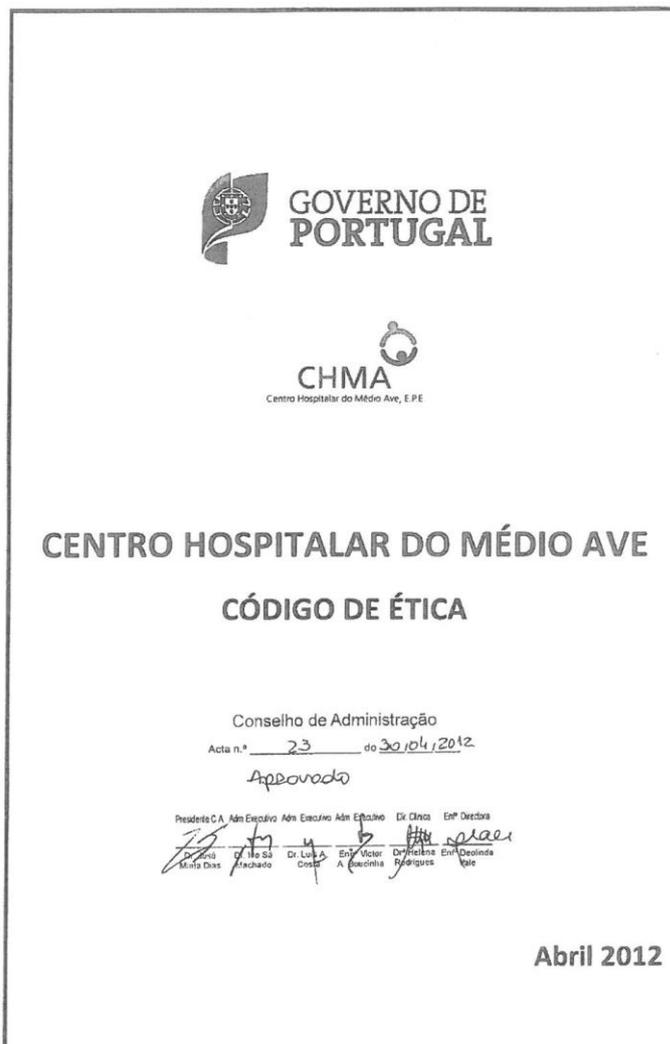
Aferição do risco (6-9 = Alto risco; 3-4 = Médio risco; 2-1 = Baixo risco)

7. Matriz de gestão de risco do serviço de logística e gestão hoteleira

Actividade/função/processo	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Resposta ao Risco
						Medidas Preventivas e de Controlo
Transporte de doentes	Serviços Clínicos; Serviço de Gestão de Doentes; Serviço de Logística e Gestão Hoteleira,	Recurso excessivo a transportes de doentes por corporações de bombeiros; Faturação excessiva ou sem aplicação do normativo legal aplicável;	2	2	Médio	Implementação de um sistema de verificação e controlo de transportes de doentes por bombeiros; Aquisição do transporte de doentes em função de procedimento concursal; promover a informação e sensibilização dos principais intervenientes na prestação do serviço (medico / adm) sobre a problemática dos encargos e riscos associados ao transporte de doentes
Verificação de material no ato da receção de encomendas	Serviço de Logística e Gestão Hoteleira - Armazéns, Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviço de Informática	Receção não controlada física e qualitativamente; Retenção indevida de materiais; Entrega pelos fornecedores de quantidades inferiores às contratadas, ou de diferente qualidade	2	2	Médio	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e as receciona; - Efetiva evidência de quem rececionou os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante; - Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade e qualidade por Colaborador com competências específicas; - Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente; - Promover a rotatividade de Colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas
Armazenagem	Serviço de Logística e Gestão Hoteleira	Desvio de materiais; Retenção indevida de materiais	2	1	Baixo	Realizações de verificações por aleatoriamente/ por amostragem aos armazéns; - limitar acesso às zonas de armazenamento; - monitorização do controlo interno existente por auditoria interna

Nota: Probabilidade de ocorrência e impacto esperado (2 = médio e 1 = baixo)
Aferição do risco (3-4 = Médio risco; 2-1 = Baixo risco)

II.2 Código de Ética do CHMA, EPE





CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE

CÓDIGO DE ÉTICA

I. O presente Código de Ética contém os princípios de actuação dos gestores, demais dirigentes e trabalhadores do Centro Hospital do Médio Ave, no seu relacionamento com os utentes, com os restantes profissionais, com os órgãos da Administração Pública da Saúde, com os fornecedores e outros clientes.

II. São pilares base da actuação dos gestores, dos dirigentes e dos trabalhadores do Centro Hospitalar do Médio Ave:

- a) Agir com equidade;
- b) Promover a humanização das prestações de saúde, com respeito pelos valores da pessoa.
- c) Defender a saúde, a melhoria de qualidade de vida e a prevenção da doença, e com garantia de segurança, qualidade e eficácia;
- d) Garantir a não discriminação nomeadamente decorrente de convicções religiosas, ética, orientação sexual, origem geográfica ou condições socioeconómicas;
- e) Garantir a confidencialidade da informação;
- f) Prevenir a fraude, a corrupção, o uso indevido ou ilegítimo de bens e informação do hospital, garantindo que nas decisões se não sobrepõe o próprio interesse dos decisores;
- g) Estabelecer um ambiente e organização que previna os erros e promova a excelência, a sustentabilidade, o cumprimento da lei e a responsabilidade no hospital;
- h) Assegurar que a prestação de serviços deverá respeitar os padrões aceites de qualidade e tempo de resposta e ser estendida até onde os recursos disponíveis o permitirem.
- i) Respeitar as normas prescritas por organismos de acreditação a que o hospital esteja sujeito, como sejam as relativas a doentes e profissionais.
- j) Actuar com vista à melhoria da saúde, colaborando com os restantes serviços da comunidade na educação e na promoção da saúde da população;

k) Adotar uma política de comunicação que reforce a credibilidade do hospital e mantenha a população informada sobre os projectos, os serviços disponíveis, a organização e os resultados conseguidos pelo hospital;

l) Na relação com fornecedores e outras entidades actuar de acordo com princípios de boa-fé e pautado por princípios éticos previstos no presente Código.

III. No domínio da prestação de cuidados os dirigentes e os trabalhadores do Centro Hospitalar Médio Ave devem observar escrupulosamente os seguintes princípios:

- a) Respeitar a liberdade de escolha dos utentes;
- b) Garantir o atendimento humano, em tempo útil e no respeito pelas necessidades e preferências das pessoas;
- c) Agir com competência e celeridade adequada a cada caso;
- d) Assegurar a prestação de serviços de qualidade, que promovam a saúde, previnam a doença e melhorem a qualidade de vida;
- e) Promover o acesso e a continuidade das prestações de saúde;
- f) Contribuir para a prestação atempada e oportuna de cuidados, minimizando esperas e atrasos, para utentes e prestadores;
- g) Promover a segurança dos cuidados prestados, evitando dano e/ou lesão que daí possam resultar;
- h) Envolver os utentes no processo de prestação de cuidados, visando, nomeadamente a obtenção do consentimento livre e esclarecido;
- i) Garantir a privacidade no atendimento de cada utente e o respeito pela confidencialidade da informação clínica;
- j) Conformar a sua actuação com o princípio de que o processo clínico pertence ao utente;
- k) Promover a efectividade nas prestações de saúde, disponibilizando-os a todos os que deles possam beneficiar, de acordo com os conhecimentos científicos e experiência documentada;
- l) Promover a melhoria da saúde na comunidade, colaborando na educação e promoção da saúde da população;
- m) Garantir um ambiente seguro, saudável e livre de riscos evitáveis para todos os profissionais, cumprindo os procedimentos que visem a gestão dos riscos de doença e de acidentes de trabalho;
- n) Pugnar para que no hospital existam e se cumpram políticas, processos e procedimentos actualizados que garantam um ambiente seguro, bons cuidados, atendimento pronto e de qualidade.
- o) Garantir que os processos que envolvam doentes funcionem de modo eficaz e com qualidade, nomeadamente através da:
 - 1) Avaliação da qualidade de cuidados e que a informação recolhida é utilizada para a melhoria contínua dos padrões de segurança e qualidade;

2) Avaliação da satisfação de doentes e utilização da informação produzida para melhorar as condições de atendimento dos doentes e eliminar os factores de insatisfação.

p) Tomar todas as medidas necessárias ao cumprimento integral dos procedimentos e protocolos para atendimento de doentes garantindo, nomeadamente:

- 1) O cumprimento das regras e normas de boa prática que evitem e minimizem os riscos de estadia e tratamento dos doentes;
- 2) A prevenção de abusos de poder, de desrespeito pelos direitos e de qualquer actividade que prejudique ou coloque em risco desnecessário os doentes;
- 3) O acompanhamento por familiares e apoio adequado pelo hospital, nomeadamente social e religioso;
- 4) A possibilidade de reclamação com rápido esclarecimento e informação de retorno ao doente.

IV. No domínio do relacionamento pessoal e profissional, os gestores e os dirigentes e os trabalhadores do Centro Hospitalar do Médio Ave devem pautar a sua conduta pelos seguintes princípios:

- a) Respeitar a autonomia dos profissionais de saúde, promovendo a responsabilidade e produtividade;
- a) Evitar o conflito de interesse, agindo com probidade;
- b) Respeitar os princípios referidos neste código, convertendo-se em modelo de actuação, preservando a confidencialidade da informação;
- c) Manter-se actualizado, nos conhecimentos e competências essenciais da sua actividade, tudo fazendo para detectar e implementar boas práticas de gestão.
- d) Actuar de modo exemplar do ponto de vista pessoal e profissional, fazendo cumprir o código de conduta e promovendo os comportamentos que se enquadrem na cultura e valores do hospital
- e) Respeito estrito dos deveres de lealdade, zelo, diligência e isenção;
- f) Assegurar uma comunicação verdadeira, baseada em informação fidedigna, livre de qualquer intenção negativa ou receio de sanção, assim promovendo uma cultura de abertura, de aprendizagem e difusão do conhecimento;
- g) Actuar com garantia de que as decisões não são influenciadas pelo interesse próprio, nomeadamente não aceitando doações, prendas ou antecipação de outras vantagens;
- h) Tomar todas as medidas para assegurar um ambiente de trabalho pautado por:
 - 1) Atitudes e comportamentos éticos, de honestidade, justiça e humanidade de tratamento, designadamente, equidade na atribuição

de oportunidades de realização profissional, de trabalho, de formação e de avaliação do desempenho;

2) Participação e livre expressão dos profissionais, com prevenção de comportamentos inaceitáveis, como sejam o assédio, a intimidação e a discriminação, seja qual a for a sua forma e género – sempre possibilitando a exposição de motivos, o apelo e a reclamação;

3) Partilha de informação, desenvolvimento integral de todas as pessoas, promoção da autonomia e responsabilidade de todos os profissionais, cooperação e entreajuda com vista à melhoria do ambiente e de resultados no hospital;

4) Cumprimento integral da legislação de trabalho e das demais normas que o regulam, incluindo as cláusulas do contrato de trabalho.

V. No domínio da gestão, os gestores, os dirigentes e os trabalhadores do Centro Hospitalar do Médio Ave devem respeitar os seguintes princípios:

a) Promover a adequada articulação com as redes de cuidados de saúde;

b) Realizar uma gestão criteriosa com controlo rigoroso dos recursos e prevenção do desperdício, sob todas as suas formas, e actuando de modo socialmente responsável;

c) Estabelecer um ambiente de segurança;

d) Zelar para que sejam comunicadas todas as situações que ponham em risco a segurança dos utentes, dos funcionários e profissionais;

e) Manter-se informado sobre as políticas de saúde e conformar a sua actuação com as orientações nelas contidas;

f) Promover uma gestão eficiente dos recursos – nomeadamente técnicos, materiais, e humanos, que previna o desperdício, promova uma cultura de responsabilidade social e garanta a sustentabilidade do sistema de saúde;

g) Desenvolver as competências próprias de gestão e o desenvolvimento profissional contínuo na organização.

h) Estabelecer regras claras de autonomia, autoridade, responsabilização e prestação de contas na instituição;

i) Promover processos e sistemas que garantam a melhoria contínua de qualidade, a partilha da informação, a avaliação de resultados e a avaliação dos gestores e dos outros profissionais de acordo com o mérito do seu desempenho;

j) Respeitar as normas de trabalho vigentes e promover uma cultura de transparência, aprendizagem e difusão do conhecimento que favoreça a realização dos profissionais, a igualdade de oportunidades e uma participação activa na vida da instituição – num ambiente de confiança e responsabilização;

- k) Promover políticas que acautelem o respeito pelo ambiente e a segurança nas comunidades;
- l) Cumprir os contratos-programa estabelecidos com o Ministério da Saúde, e actuar com vista à melhoria do acesso, da qualidade e sustentabilidade do SNS.
- m) Colaborar activamente, com órgãos de tutela e fiscalização com vista a melhorar o uso de recursos, a avaliação e a qualidade da informação.
- n) Difusão no hospital das melhores práticas de gestão.
- o) Fazer cumprir a legislação em matéria de codificação de actos médicos e de facturação, em especial garantir:
 - 1) A verdade, rigor e completude da informação obtida, por regra adequadamente suportada em processo clínico individual;
 - 2) A prevenção e o combate de práticas eticamente reprováveis, como sejam as falsas declarações, a valorização indevida dos actos, a fraude e a falsidade na informação transmitida.

CONTROLO DE VERSÕES:

VERSÃO	TIPO	RESPONSÁVEL	DATA	VALIDAÇÃO
1	ELABORAÇÃO	Serviço de Auditoria Interna	03/04/2017	CONFORME ORIGINAL
	APROVAÇÃO	Conselho de Administração	12/07/2017	CONFORME ORIGINAL
	VERIFICAÇÃO	Grupo Coordenador da Qualidade	12/07/2017	CONFORME ORIGINAL
	HOMOLOGAÇÃO	Conselho de Administração	29/12/2017	CONFORME ORIGINAL
PRÓXIMA REVISÃO:		Conselho de Administração	07/2020	-----