



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	5
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	9
2.3 Metodologia subjacente à identificação das medidas de prevenção dos riscos	10
2.4 Áreas susceptíveis de risco	11
3. Monitorização do plano	11
4. Metodologia de gestão de risco, funções e responsabilidades	12
5. Referências	13
II Anexos	15
II.1 Matrizes do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão	15
II.2 Código de Ética do CHMA, EPE	21
II.3 Organograma do CHMA, EPE	27

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.

Em Dezembro 2017 homologou o CA a segunda revisão do plano na sequência de reunião do CPC de 1 de Julho de 2015 que aprovou 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.

Decorridos mais de três anos, várias ocorrências entretanto se verificaram a justificar uma nova revisão², designadamente:

- A alteração da estrutura organizativa do CHMA, com a terceira revisão do Regulamento Interno;
- Ultrapassado o prazo de revisão no âmbito do processo de acreditação do CHMA;
- A Recomendação da IGAS de considerar a integração no PPRG de situações identificadas nas conclusões à auditoria à LCPA;
- A Recomendação do CPC nº 4/2019, sobre prevenção de riscos de corrupção na contratação pública, á luz das mais recentes alterações introduzidas ao CCP;
- A Recomendação do CPC, de 08/01/2020, sobre gestão de conflitos de interesse no sector público, revendo recomendação de Novembro de 2012 à luz das alterações legislativas ocorridas em 2019;
- A Recomendação do CPC nº2/2020, sobre prevenção de riscos de corrupção no âmbito das medidas de resposta à COVID-19, em função do inesperado contexto da pandemia e da necessidade de implementação de rápidas e fortes medidas do Estado e das suas estruturas para minimizar os efeitos;
- Finalmente, sendo o plano um instrumento de gestão dinâmico, justifica-se a sua actualização pela emergência de novos riscos/controlos e oportunidades de melhoria.

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.

² Terceira revisão e quarta versão do plano.

Esta quarta versão do plano, que resultará da revisão que agora se propõe, pretende reforçar o prestígio do documento nas boas 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, 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	2019/21
Vogal Executivo	Victor Manuel Oliveira Araújo Boucinha	2019/21
Vogal Executivo	Luís Fernando Andrade Moniz	2019/21
Director Clínico	Maria de Fátima Campos de Figueiredo	2019/21
Enfermeira Directora	Deolinda Maria Correia do Vale	2019/21
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 Administração³ 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 Único⁴ 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 Consultivo⁵ 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.

Os estatutos prevêem ainda o serviço de auditoria interna⁶, 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 Interno⁷, 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 Risco⁸.

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.”

³ Nomeado através da Resolução do Conselho de Ministros nº 111/2019, de 8 de Julho.

⁴ Artigo 17º do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de Fevereiro.

⁵ Artigos 21º a 23º do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de Fevereiro.

⁶ Artigo 19º do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de Fevereiro.

⁷ Documento que visa dar cumprimento ao disposto no artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro.

⁸ 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.

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.

A análise, o desenvolvimento e o tratamento dos riscos encontrar-se-ão facilitados por uma adequada quantificação dos objectivos. Com esta quantificação poder-se-á avaliar com rigor se os objectivos são ultrapassados, atingidos, parcialmente atingidos, ou porventura não atingidos e, portanto, até que ponto são de forma positiva ou negativa influenciados pela ocorrência do(s) risco(s).

A elaboração de planos de gestão de riscos, a par da existência de políticas, manuais de procedimentos, actividades de controlo, a divulgação da informação relevante sobre os vários tipos de risco e respectivas medidas de minimização, bem como o acompanhamento da eficácia destas medidas constituem alguns dos factores que fazem diminuir a ocorrência dos riscos em geral e a prática de corrupção ou infracções conexas em particular.

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 passiva para acto lícito; e corrupção activa.

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 abuso de confiança, o peculato⁹, o peculato de uso¹⁰, a participação económica em negócio, a concussão, o abuso de poder, violação de segredo por funcionário 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.

À luz das mais recentes alterações legislativas, designadamente as introduzidas pelo denominado “pacote da transparência”¹¹, emitiu o CPC nova recomendação sobre o conflito de interesses no sector público, salientando que o conceito de conflito de interesses inclui qualquer situação, real, aparente ou potencial, de sobreposição de interesses privados sobre os interesses públicos que os titulares de cargos públicos, políticos e administrativos, estão

⁹ Artigo 375º do Código Penal

¹⁰ Artigo 376º do Código Penal

¹¹ Aprovado em 2019, constituído pela Lei nº 52/2019, de 31 de Julho (novo regime do exercício de funções por titulares de cargos políticos e altos cargos públicos), pela Lei nº 60/2019, de 13 de Agosto (Estatuto dos Deputados), pela Lei Orgânica 4/2019, de 13 de Setembro (cria a Entidade para a Transparência e aprova o seu Estatuto) e pela RAR nº 210/2019, de 20 de Setembro (Código de Conduta dos Deputados à Assembleia da República).

obrigados a defender, quer durante o exercício do mandato ou funções, quer mesmo em momento anterior ao exercício após a sua cessação.

Deste modo, para prevenção de conflitos de interesses em todas as entidades do sector público e ainda em relação a todos quantos participem em decisões, movimentem dinheiros, valores ou património públicos, devem existir obrigações declarativas de interesses, incompatibilidades e impedimentos, que conjuntamente com sistemas de controlo interno e mecanismos de monitorização e sancionamento dos incumprimentos, sejam aptos a dirimir interesses privados que possam condicionar a prossecução do interesse público.

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 quantitativa (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
		Baixa 1	Média 2	Alta 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

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 consideração 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
 - Conflito de interesses
 - Ofertas
 - Assédio moral ou discriminação

Matrizes por serviço

2. Gestão de recursos humanos
3. Gestão administrativa do utente
4. Serviços financeiros
 - 4.1 Clientes e contas a receber
 - 4.2 Gestão de tesouraria/disponibilidades
 - 4.3 Gestão de contas a pagar
5. Aprovisionamento e logística
6. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

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, foi 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 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 08 de Janeiro de 2020 - gestão de conflitos de interesses 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 atribuída¹², deverá presidir ao grupo de trabalho 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 infracções conexas, e pelo respectivo relatório anual de execução, bem como pela avaliação de

¹² Recomendação n.º 1/2009, do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de Julho de 2009, sobre planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas, alínea c), ponto 1.1.

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 infracções 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
 - Conflito de interesses
 - Ofertas
 - Assédio moral ou discriminação

Matrizes por serviço

2. Gestão de recursos humanos
3. Gestão administrativa do utente
4. Serviços financeiros
 - 4.1 Clientes e contas a receber
 - 4.2 Gestão de tesouraria/disponibilidades
 - 4.3 Gestão de contas a pagar
5. De aprovisionamento e logística
6. De sistemas e tecnologias de informação e comunicação

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. Matriz de gestão de risco por áreas transversais

Actividade/função/processo	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 prévio 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	Baixo	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.
Ofertas	CA e dirigentes	Influência junto do órgão máximo, da chefia ou de funcionários da instituição para concessão de tratamento de favor ou ignorar	1	2	Baixo	Existência de mecanismos legais para prevenção e repressão em caso de incumprimento Existência de um Regulamento Interno de Comunicação de irregularidades
		Suspeitas de decisões serem tomadas de forma parcial, influenciadas pelo recebimento de ofertas, contrapartidas ou favores	1	2	Baixo	Proibição de pedir ou aceitar dádivas e outros benefícios, excepcionando a aceitação de ofertas de valor simbólico e/ou sentimental e de custo muito reduzido.
Assédio moral ou discriminação	CA e dirigentes	O assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	2	2	Médio	Existência de um regulamento interno de comunicação de irregularidades

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 gestão 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	C.A./SGRHDP/Júris Concurso	Favorecimento de candidato; intervenção em processo em situação de impedimento; abuso de poder.	1	1	Baixo	Constituição de júri com número mínimo de 3 elementos; Utilização de critérios de avaliação objetivos e de acordo com a legislação em vigor para cada carreira; Assinatura de declaração de não impedimento ou incompatibilidade, no respeito pelo princípio da isenção; Procedimentos de Gestão de Recursos Humanos, com respeito pelo princípio da igualdade constante do estatuto das EPE.
Avaliação dos colaboradores	SGRHDP/Avaliadores SIADAP	Potencial descrionaridade no processo de avaliação dos colaboradores	2	2	Médio	Comunicar atempadamente 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	C.A./SGRHDP	Registo de abonos, descontos e absentismo no aplicativo de processamento salarial RHV	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, em fase de simulação, dos abonos e faltas registados no aplicativo de processamento salarial; Realização trimestral de auditorias internas, por amostragem aleatória, realizadas pela Direção do SGRHDP ao processamento mensal de vencimentos; Auditorias regulares ao processamento de vencimentos realizadas pelo SAI e ROC.

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 administrativa do utente

Actividade/função/ processo	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Resposta ao Risco
						Medidas Preventivas e de Controlo
Prescrição de MCDT e transportes de doentes não urgentes	SGD-UGME-Central Transportes	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.
		Existência de conflitos de interesses na prescrição de transportes	2	2	Baixo	Garantir o acompanhamento na execução do contrato de transportes de doentes Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para a área de transporte de doentes
Identificação de Utentes	SGD-Secretariados Clínicos	Admissão de doentes com informação insuficiente ou impossibilitando a sua faturação; Produção não registada, incorretamente registada	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;
						Realização de auditorias que visem identificar falhas de dados de identificação em episódios assistenciais ativos.
Taxas Moderadoras	SGD-Secretariados Clínicos	Desvio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na tesouraria; Falhas na cobrança de taxas moderadoras (atribuição de isenção/inexistência de registos)	2	3	Alto	Monitorização das isenções para detecção de erros
	Serviços Financeiros					Acompanhamento sistemático da situação de valores cobrados e por receber. Formação periódica aos assistentes técnicos relativamente às taxas moderadoras Divulgação formal, junto dos profissionais envolvidos, dos procedimentos escritos sobre 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	<p>- Rotatividade do pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras;</p> <p>Revisão do Procedimento de Cobrança de Taxas Moderadoras – Implementação de normas que garantam maior celeridade na cobrança de taxas moderadoras;</p> <p>Segregação de Funções entre quem recebe e quem confere e entrega nos Serviços</p> <p>Realização de auditorias internas;</p> <p>Procurar obter a maior automatização possível no processo de facturação e cobrança de taxas moderadoras, reduzindo a intervenção humana;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>Tipificar os casos cuja validação superior possa não ser necessária, como por exemplo, a prescrição;</p> <p>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;</p> <p>Nos demais casos obter, sempre que possível, os comprovativos documentais de suporte à decisão de anulação da facturação ou da cobrança.</p>
5.2 Gestão de Tesouraria / Disponibilidades	Depósito de valores cobrados	Serviço de Gestão de Doentes; Serviços Financeiros	Retenção de valores cobrados por colaborador	2	2	Médio	<p>Auditorias sistemáticas ao procedimento de cobrança e entrega de valores de taxas moderadoras;</p> <p>Implementação de sistema multibanco nos principais postos de cobrança;</p> <p>Entrega diária dos valores cobrados na Tesouraria, excepto aos fins-de-semana e feriados;</p> <p>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;</p> <p>Contagens periódicas dos Caixas do Serviço de Gestão de Doentes efectuadas pelo Auditor Interno.</p>
5.3 Gestão de Contas a Pagar	Manutenção de Dados Mestre de Fornecedores	Serviços Financeiros	Alteração de IBAN de fornecedor não autorizada	1	3	Médio	<p>Segregação de funções;</p> <p>Circularização periódica de saldos de terceiros.</p> <p>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-</p>

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 aprovisionamento e logística

Atividade/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 Aprovisionamento e Logística / 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/ procedimento concursal com falas procedimentais	1	3	Médio	Diversificação na constituição dos júris; Cumprimento das regras constantes no Código dos 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
		Emissão de NE sem número de compromisso	2	1	Baixo	Verificação periódica das NE remetidas aos fornecedores
		Não existência de compromisso para a totalidade do contrato	3	2	Elevado	Existência de reuniões periódicas com os Serviços Financeiros
		Aquisição de materiais não apropriados	1	3	Médio	Constituição de júri com pelo menos um elemento da área
		Recepção de materiais	Serviço de Aprovisionamento e Logística/ Serviço de Gestão do Património/ Serviço Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação	Desconformidades quantitativas e qualitativas entre a aquisição e recepção	align="center">1	align="center">3
Efetiva evidência de quem recebeu os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante;						
Nomeação de gestores de contrato						
Emissão frequente de listagens com Notas de encomenda "Não satisfeitas"						
Gestão de garantias	Serviço de Aprovisionamento e Logística/ Serviços Financeiros/ Serviço de Gestão do Património	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 Aprovisionamento e Logística e/ou do Serviço de Instalações e Equipamentos para a sua libertação
Aquisição de vinhetas médicas	Serviço de Aprovisionamento e Logística	Utilização indevida de vinhetas	2	2	Médio	Elaboração de relatórios trimestrais referentes aos pedidos de vinhetas médicas
Armazenagem	Serviço de Aprovisionamento e Logística	Desvio de materiais; Retenção indevida de materiais	align="center">2	align="center">1	align="center">Baixo	Realizações de verificações aleatoriamente/ por amostragem aos armazéns;
						Limitar acesso às zonas de armazenamento;
						Monitorização do controlo interno existente por auditoria interna
Transportes	Serviço de Aprovisionamento e Logística	Abastecimento indevido de viaturas	1	2	Baixo	Monitorização de consumos mensais de combustível

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 sistemas e tecnologias de informação e comunicação

Actividade/função/ processo	Responsáveis	Factor potencial de risco	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Resposta ao Risco
						Medidas Preventivas e de Controlo
Organização e sistemas de informação	Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação	Sistemas de informação (software) desatualizados	3	2	Alto	Assegurar a permanente actualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação
		Equipamentos (hardware) desatualizados e/ou inoperacional	3	1	Médio	Assegurar a permanente actualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação
		Acesso indevido a informação confidencial	2	1	Baixo	Implementação de restrições e definição de perfis de acesso à informação
			3	2	Alto	Divulgação do Código de Ética
			2	2		Declaração de compromisso aquando da contratação de novos colaboradores, com actualização periódica
		Cedência a entidades alheias ao CHMA de dados confidenciais relevantes relativos a doentes/utentes e colaboradores	1	3	Médio	Redefinir e monitorizar o circuito de cedência de informação necessária ao exterior
			2	3	Alto	Acompanhar as iniciativas da SPMS no controlo da partilha de informação de que o SSTIC tem conhecimento
		Ausência de fiabilidade no registo de entrada de informação	2	3	Médio	Existência de manuais de registo de dados
			2	2		Garantir formação adequada e regular
		Ausência de integração de dados entre aplicações	2	1	Baixo	Procedimentos instituídos de análise de relatórios de erros de interfaces entre aplicações e o cruzamento de duas fontes de informação distintas
					Médio	Monitorização dos erros reportados
					Baixo	Atribuição de perfis de utilização e responsabilização dos colaboradores com acesso a informação clínica
		Divulgação e exposição de informação clínica e/ou reservada a doentes/utentes a entidades externas os SNS, interna alheias a esse circuito de informação	2	1	Baixo	Monitorizar o cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções.
			2	2	Médio	Aumentar/diferenciar quadro de pessoal do serviço
		Incapacidade de prevenção	2	2	Médio	Formação técnica adequada
Incapacidade de resposta ao incidente crítico	1	3	Médio			

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; 1-2 = Baixo risco)

II.2 Código de Conduta Ética do CHMA, EPE



CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA

TIPO DE DOCUMENTO: Documento de Apoio

DAP.CHMA.009.v1

PREÂMBULO

O presente Código de Conduta Ética do Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA, E.P.E.) corporaliza um conjunto de princípios e normas de comportamento aplicado a todos os trabalhadores e colaboradores do CHMA, E.P.E. e impõe que, no exercício da sua atividade, ou fora dele, assumam uma imagem de responsabilidade, integridade, confiança, rigor, profissionalismo, permitindo desta forma valorizar o trabalho desenvolvido e credibilizar o serviço público.

Este Código de Conduta Ética é, ainda e necessariamente, complementar das normas legais em vigor, designadamente da Carta Ética da Administração Pública, da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, do Código de Trabalho, do Código do Procedimento Administrativo, do diploma legal que estabelece o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das Comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais e consultores que apoiam os respetivos júris, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde e do despacho do Ministro da Saúde que estabelece os princípios orientadores referentes ao Código de Conduta Ética dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde – Despacho n.º 9456-C/2014, in DR, II Série, n.º 138, de 21 de julho de 2014.

O regulamento interno do CHMA, E.P.E. define a comissão de ética como um órgão multidisciplinar de apoio ao conselho de administração, que se rege pelo seu regulamento de funcionamento e pelas disposições constantes no Decreto-Lei nº 97/95, de 10 de maio, nomeadamente quanto à sua composição, constituição, mandato direção e competências; das quais se elencam as previstas no artigo 6º, 7º do referido Decreto-Lei.

Artigo 1.º
Objeto e âmbito

- 1- O presente Código de Conduta Ética aplica-se a todos os funcionários, ligados à instituição a título permanente ou eventual, sem prejuízo de outras disposições legais ou regulamentares aplicáveis, bem como outras normas a que os profissionais estejam obrigados por inerência do exercício das suas funções.
- 2- O presente Código de ética visa contribuir para o correto, digno e adequado desempenho de funções por parte dos colaboradores do Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA, E.P.E.), quer no relacionamento recíproco quer nas relações que, em nome ou em representação do CHMA, E.P.E., são estabelecidas com organismos externos, cidadãos ou com o público em geral.
- 3- Consideram -se colaboradores do CHMA, E.P.E., para efeito de aplicação do presente Código, os dirigentes, trabalhadores, peritos, consultores, estagiários e bolsistas e prestadores de serviços que colaborem com o CHMA, E.P.E., independentemente do vínculo contratual e posição hierárquica que ocupem.
- 4- O CHMA, E.P.E., garante a disponibilização do Código de ética a todos os profissionais, através da Intranet e, garante igualmente a disponibilização do mesmo a todos os utentes, fornecedores e restantes partes interessadas, através do site do CHMA, E.P.E..

IMP.CHMA.006.v3

Pág. 1 / 6

Artigo 2.º

Princípios Fundamentais

1- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem atuar tendo por base as normas regulamentares afetas à sua atividade profissional e em atenção aos seguintes princípios:

- a) Prosecação do interesse público;
- b) Competência e responsabilidade;
- c) Profissionalismo e eficiência;
- d) Isenção e imparcialidade;
- e) Justiça e igualdade;
- f) Transparência;
- g) Respeito e boa -fé;
- h) Colaboração e participação;
- i) Lealdade e integridade;
- j) Qualidade e boas práticas;
- k) Verdade e humanismo.

Artigo 3.º

Relacionamento com o utente

1- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem atuar de modo correto, cortês e acessível, garantindo o exercício dos direitos dos utentes e o cumprimento dos seus direitos e deveres, de acordo com a Carta de Direitos e Deveres do Doente, bem como garantir a dignidade individual dos utentes, nomeadamente no que respeita à privacidade e à dignidade humana dos mesmos.

2- Os colaboradores do CHMA, para além da regulamentação aplicada pelos estabelecimentos de saúde, devem zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão reconhecidos universalmente, tendo por base os seguintes princípios gerais: não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia.

3- As tradições culturais e religiosas dos utentes, independentemente da religião que professe, são reconhecidas e atendidas pelos colaboradores do CHMA, E.P.E. de acordo com o Regulamento Interno do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa.

4- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem respeitar a liberdade de escolha dos utentes, nomeadamente às preferências relativamente ao sexo dos elementos que prestam cuidados/tratamentos, sempre que possível e, caso contrário, o utente deve ser informado da impossibilidade de cumprimento do seu pedido.

5- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem acautelar o direito dos utentes a uma segunda opinião relativamente ao seu diagnóstico e opções de tratamento, bem como agilizar todos os mecanismos que lhe permitam processualmente aceder à sua informação clínica.

- 6- Na prestação de cuidados clínicos os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem envolver os utentes no processo de prestação de cuidados, visando a obtenção de consentimento livre e esclarecido no que respeita ao seu estado de saúde, ao resultado de exames e tratamento previsto.
- 7- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem informar os utentes sobre as medidas necessárias ao cumprimento integral do Regulamento de Visitas, garantindo, nomeadamente, o cumprimento das regras de boa prática que evitem/minimizem os riscos de estadia e tratamento dos utentes.
- 8- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem salvaguardar a prestação de informações e de esclarecimentos, encaminhando para os serviços competentes de modo a agilizar procedimentos decisórios, sem prejuízo do dever de confidencialidade e proteção de dados pessoais.
- 9- Na prestação de cuidados clínicos, os colaboradores do CHMA devem ter em consideração que portadores de deficiências (com problemas de comunicação ou alterações de natureza psicológica), gestantes, idosos, crianças e adolescentes têm legalmente garantida a prioridade de atendimento nos serviços de saúde. Está igualmente previsto e salvaguardado o direito de acompanhamento, por um representante, na prestação de cuidados a crianças, adolescentes, gestantes em trabalho de parto, utentes em estado terminal, utentes no serviço de urgência e utentes maiores de 65 anos.
- 10- No que respeita às crianças internadas, não devem ser admitidas em serviços para adultos mas em locais adequados que correspondam às suas necessidades físicas, psíquicas e afectivas. Em internamentos prolongados deverá ser garantida a continuidade dos seus estudos. Para mais esclarecimentos deve ser consultada a "Carta da Criança Hospitalizada" do Instituto de Apoio à Criança por se tratar de um documento específico sobre este tema.
- 11- Portadores de deficiência de qualquer faixa etária, dependentes física ou emocionalmente, têm direito à participação ativa dos pais ou responsáveis legais, durante a realização do diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que serão submetidos.
- 12- Os colaboradores do CHMA, devem ter em consideração que a lei prevê que os representantes legais dos menores e incapazes podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem assistência, com observância dos princípios constitucionais.
- 13- O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino.
- 14- O doente internado tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.
- 15- O doente internado que se mostre incapaz de compreender ou de se fazer compreender tem direito ao acompanhamento da pessoa que habitualmente lhe presta cuidados e para a qual deve haver condições mínimas.
- 16- O Sítio do CHMA, E.P.E. deve estar sempre atualizado, permitindo ao utente conhecer a missão, atividade e competências da instituição, o Código de Conduta Ética, os planos de atividades e de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.

Artigo 4.º

Sigilo Profissional

- 1- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. estão sujeitos ao sigilo profissional relativamente a matérias a que tenham acesso no desempenho das suas funções.
- 2- No cumprimento do previsto no ponto anterior, os colaboradores do CHMA, E.P.E. não devem utilizar informação que não tenha sido tornada pública ou não seja acessível ao público, para promover interesses próprios ou de terceiros.
- 3- O dever de sigilo e de confidencialidade mantém-se mesmo após o termo de funções, cessando tal dever nos termos legalmente previstos.

Artigo 5.º

Conflito de Interesses e Incompatibilidades

- 1- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem evitar qualquer situação susceptível de originar, direta ou indiretamente, conflito de interesses, a qual, a verificar -se, tem de ser comunicada superiormente.
- 2- Existe conflito de interesses sempre que os colaboradores do CHMA, E.P.E. tenham interesses privados ou pessoais em determinada matéria que possam influenciar, ou aparentem influenciar, o desempenho imparcial e objetivo das respetivas funções, entendendo -se por interesse qualquer potencial vantagem para o próprio ou terceiros.
- 3- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. estão vinculados a declararem a inexistência de incompatibilidades, nos termos dos procedimentos e condições consignados na legislação em vigor.

Artigo 6.º

Acumulação de funções

- 1- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem privilegiar a dedicação exclusiva no exercício de cargos públicos, podendo acumular atividades remuneradas ou não remuneradas dentro das condições legalmente estabelecidas.
- 2- Sem prejuízo do disposto no número anterior, a acumulação de atividades requer a comunicação escrita ao Conselho de Administração do CHMA, E.P.E., para verificação de incompatibilidades e autorização.

Artigo 7.º

Combate da Corrupção

- 1- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem combater veementemente todas as formas de corrupção, ativa ou passiva, com especial acuidade aos favores e cumplicidades que possam traduzir -se em vantagens ilícitas que constituem formas subtis de corrupção, como é o caso de ofertas ou outros recebimentos de utilizadores, fornecedores ou outras entidades.
- 2- Exceção-se do disposto no número anterior as ofertas entregues ou recebidas por força do desempenho das funções em causa que se fundamentem numa mera relação de cortesia ou que tenham valor insignificante.
- 3- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem ativamente promover a aplicação dos instrumentos em vigor de combate à corrupção, nomeadamente o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do CHMA, E.P.E.



CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA

TIPO DE DOCUMENTO: Documento de Apoio

DAP.CHMA.009.v1

Artigo 8.º

Relações internas

- 1- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem pautar as suas relações recíprocas na base da confiança, da lealdade e do respeito, tratamento cordial, urbano e profissional, contribuindo para a criação de um bom clima de trabalho, nomeadamente através de uma colaboração e cooperação mútuas e promoção do trabalho em equipa.
- 2- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem procurar adquirir novas competências, como forma de atualizar conhecimentos e de credibilizar o serviço que prestam, participando ativamente nas ações de formação promovidas pelo CHMA, E.P.E.

Artigo 9.º

Utilização dos recursos do CHMA, E.P.E.

- 1- Os colaboradores do CHMA, E.P.E. devem respeitar e proteger o património do CHMA, E.P.E., tendo em vista critérios de boa utilização dos recursos alocados, e não permitir a utilização abusiva dos serviços por terceiros.
- 2- Todo o equipamento e instalações, independentemente da sua natureza, apenas podem ser utilizados para uso oficial do CHMA, E.P.E., com vista à prossecução das suas atribuições e exclusivamente para o cumprimento desses objetivos.

Artigo 10.º

Auditoria interna

A presente matéria deve ser objeto de Auditoria Interna de forma a permitir uma avaliação regular dos procedimentos utilizados no âmbito da atividade do CHMA, E.P.E., com vista a uma atuação mais eficiente e menos burocratizada, devendo os resultados dessa avaliação refletir-se na alteração de procedimentos considerado necessária.

Artigo 11.º

Incumprimento


O incumprimento das disposições constantes do presente Código é suscetível de constituir responsabilidade disciplinar punível nos termos legais, sem prejuízo da eventual responsabilidade civil ou criminal a que houver lugar.

Artigo 12.º

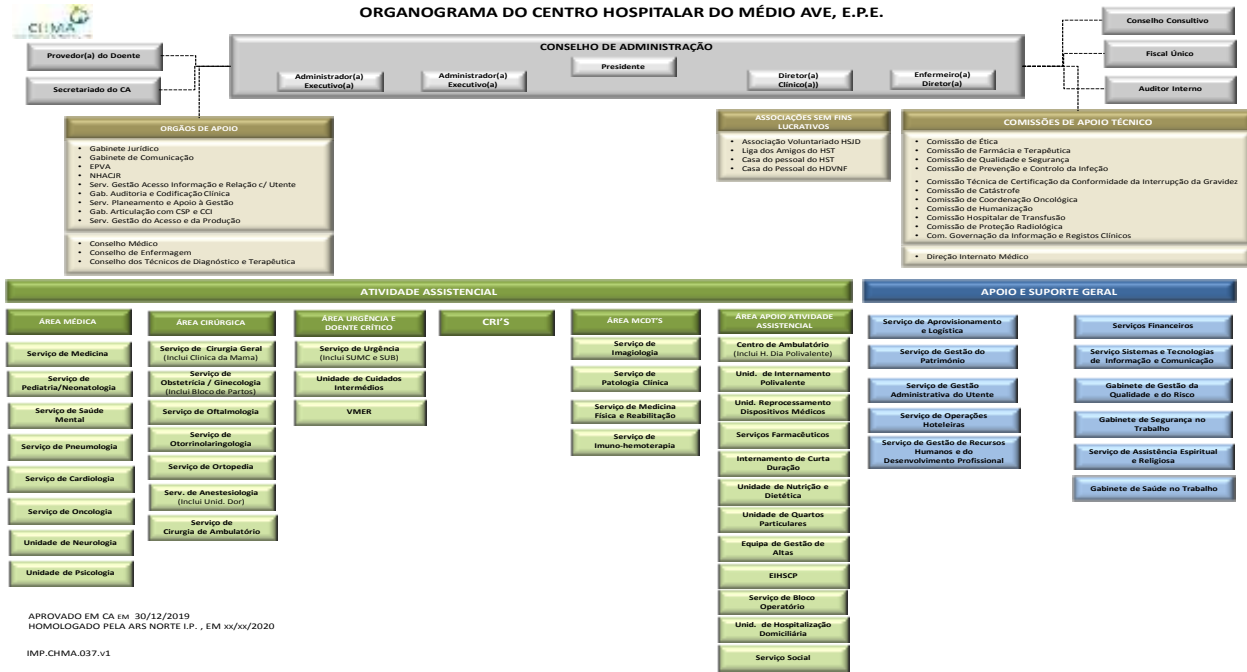
Publicação e produção de efeitos

O presente Código é divulgado e publicado na intranet e Site do CHMA, E.P.E., produzindo efeitos no primeiro dia útil seguinte ao da sua aprovação.

CONTROLO DE VERSÕES:

VERSÃO	TIPO	RESPONSÁVEL	DATA	VALIDAÇÃO
1	ELABORAÇÃO	Comissão de Ética	22/03/2017	
	Aprovação (Serviço)	Comissão de Ética	29/03/2017	
	VERIFICAÇÃO	Grupo Coordenador da Qualidade	09/08/2017	
	HOMOLOGAÇÃO	Conselho de Administração	20/09/2017	
Próxima Atualização:		Comissão de Ética	06/2020	

II.3 Organograma do CHMA, EPE



CONTROLO DE VERSÕES:

VERSÃO	TIPO	RESPONSÁVEL	DATA	VALIDAÇÃO
2	REVISÃO	Serviço de Auditoria Interna	06/07/2021	CONFORME ORIGINAL
	APROVAÇÃO (SERVIÇO)	Conselho de Administração	11/11/2021	CONFORME ORIGINAL
	VERIFICAÇÃO	Gestão da Qualidade e do Risco	13/01/2022	CONFORME ORIGINAL
	HOMOLOGAÇÃO	Conselho de Administração	25/01/2022	CONFORME ORIGINAL

PRÓXIMA REVISÃO:	Conselho de Administração	01/2025	-----
-------------------------	---------------------------	---------	-------