



C E N T R O
H O S P I T A L A R
L E I R I A

Serviço de Auditoria

Refº nº 2/2020

Relatório de Controlo Interno

Centro Hospital de Leiria, E.P.E.

2019

Março de 2020

Conteúdo

A. <i>Sumário Executivo</i>	3
A.1. <i>Introdução</i>	3
A.2. <i>Conceito de controlo interno</i>	3
B. <i>Descrição do trabalho efetuado</i>	4
C. <i>Pontos de controlo interno, implicações e recomendações</i>	4
C.1. <i>Pontos identificados relativos ao ano de 2019</i>	5
C.2. <i>Pontos identificados relativos ao ano de 2018</i>	10
C.3. <i>Pontos identificados relativos ao ano de 2017</i>	21
D. <i>Conclusão</i>	28
E. <i>Definição das categorias e graus de risco</i>	29

A. Sumário Executivo

A.1. Introdução

Nos termos dos estatutos dos Hospitais e Centros Hospitalares, secção III, ponto n.º 2, artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, é da responsabilidade do Auditor Interno a avaliação do Sistema de Controlo Interno (SCI), e competência do Conselho de Administração (CA) assegurar a sua implementação e manutenção.

A existência de um Serviço de Auditoria Interna (SAI) e consequentemente um SCI eficaz, é um princípio básico para um modelo de governação forte, e a sua ausência aumenta o risco de a Instituição prestar serviços de baixa qualidade. Em última instância, quando os recursos públicos não são usados de forma eficaz, eficiente, e para o propósito para que foram criados, a reputação da organização perante a população está em risco.

O presente relatório tem como principal objetivo reportar ao CA os pontos identificados no decurso do trabalho do SAI com referência ao ano de 2019, com impacto direto no SCI, assim como aqueles que se encontram pendentes de implementação relativos aos anos anteriores.

Cada ponto identificado é composto pela seguinte estrutura:

- Descrição da limitação identificada;
- Implicações dessa limitação;
- Recomendações para medidas corretivas;
- Categoria e grau do risco;
- Órgão responsável pela implementação da medida corretiva.

A.2. Conceito de controlo interno

A *Internacional Standards on Auditing (ISA) 315* refere: *“O controlo interno é o processo concebido, implementado e mantido pelos encarregados da governação, pela gerência e por outro pessoal para proporcionar segurança razoável acerca da consecução dos objetivos de uma entidade com respeito à fiabilidade do relato financeiro, eficácia e eficiência das operações, e cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis. O termo “controles” refere-se a quaisquer aspetos de um ou mais dos componentes do controlo interno.”*

B. Descrição do trabalho efetuado

A avaliação do SCI teve em conta: i) a avaliação dos riscos inerentes e, ii) o nível de formalização e julgamento existente em cada controlo chave. Nestas circunstâncias, o trabalho desenvolvido para a avaliação do SCI seguiu, com as adaptações consideradas adequadas, as normas previstas no manual de Auditoria Interna - Hospitais, disponibilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P (ACSS).

C. Pontos de controlo interno, implicações e recomendações

No presente documento foram adicionados cinco novos pontos de controlo interno associados a auditorias desenvolvidas no ano de 2019: *"Implementação da rubrica de faturas em receção e conferência"*, *"Cumprimento da lei dos compromissos e pagamentos em atraso"*, *"Análise ao inventário do Serviço Patologia Clínica"*, *"Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL"* e *"Consumo de combustível pelas viaturas do CHL"*. A avaliação da implementação das recomendações propostas deve ocorrer durante o ano de 2020.

No que respeita aos oito pontos identificados das ações de auditoria realizadas no ano de 2018, não foram alvo de implementação das recomendações propostas ou de outras medidas, sete pontos: *"Avaliação da prestação de serviços médicos (Diaton)"*, *"Acesso ao relatório clínico nos prazos definidos (Diaton)"*, *"Acumulação de atividades públicas e/ou privadas (Diaton)"*, *"Processo de faturação (doença de Crohn)"*, *"Centralização dos procedimentos de compra (ajuste direto)"*, *"Peças contratuais dos procedimentos de compra (ajuste direto)"*, *"Fundamentação da natureza excecional do procedimento"*, e um foi alvo de implementação das recomendações, *"Disparidade do saldo contabilístico com a contraparte (fornecedores)"*.

No que respeita aos pontos de controlo interno relativos ao ano de 2017, permaneciam por resolução sete. No ano de 2019 verificou-se que foram ultrapassados dois: *"Processo de inventário do imobilizado (equipamento informático)"* e *"Declaração de incompatibilidades dos membros do júri (contratação pública)"*, permanecendo por resolver cinco: *"Publicitação do contrato no portal BASE GOV (contratação pública)"*, *"Função de coordenação dos transportes do CHL"*, *"Registo do trabalho extraordinário (motoristas)"*, *"Processo de abate (equipamento informático)"* e *"Análise ao inventário do Serviço Farmacêutico (SF)"*.

C.1. Pontos identificados relativos ao ano de 2019

Ponto Identificado: 1.1- Implementação da rubrica de faturas em recepção e conferência

Órgão responsável pela detecção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomendação: Outubro de 2019

Descrição: A periodicidade da especialização deve ser mensal, para que a prestação de contas dos diferentes meses do ano, reflitam adequadamente as operações, em conformidade com a Circular Normativa n.º 01/2011/UOGF de 5 de janeiro da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Implicações: A informação financeira mensal produzida não se encontra completa e verdadeira, ano de 2018, resultado da ausência do registo de documentação para além da fatura, pela não utilização da rubrica de faturas em recepção e conferência.

Medida Corretiva: Que se proceda à implementação da rubrica de faturas em recepção e conferência, para cumprimento do disposto na Circular Normativa n.º 01/2011/UOGF de 5 de janeiro da ACSS, assim como para produção de informação financeira completa e verdadeira.

Ponto de Situação: O relatório de auditoria aos tempos de faturação foi alvo de deliberação pelo CA, na sua reunião de 2020.02.05, *“Concorda-se com a proposta. Envie-se, superiormente, como indicado. Ao Serviço de Aprovisionamento e Serviço de Gestão Financeira, em particular para promoção e intensificação dos mecanismos de correção propostos e devidos.”*.

O SAI no ano de 2020 vai realizar ação de verificação ao cumprimento das recomendações realizadas.

Responsável pela implementação: SGF /SA

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 1.2- Cumprimento da lei dos compromissos e pagamentos em atraso

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Elevado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Outubro de 2019

Descrição: O n.º 1 do art. 45.º da Lei de Enquadramento Orçamental (Lei n.º91/2001, de 20 de agosto com as alterações da Lei n.º 41/2014, de 10 de julho) refere que: “ (...) *Apenas podem ser assumidos compromissos de despesa após os competentes serviços de contabilidade exararem informação prévia de cabimento no documento de autorização da despesa ...*”.

Após o cabimento prévio, haverá lugar à autorização da despesa que está sujeita à verificação da conformidade legal e da regularidade financeira e económica, como determina o artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho.

Implicações: Lei dos compromissos e pagamentos em atraso não se encontra em conformidade com os normativos aplicáveis, resultado da ausência de inscrição do cabimento prévio, e conseqüente verificação da legalidade da despesa e regularidade financeira da mesma.

Medida Corretiva: Que se proceda ao cumprimento integral da lei dos compromissos e dos pagamentos em atraso, em particular, no que respeita à verificação da legalidade da despesa e da regularidade financeira da mesma, pela inscrição do cabimento prévio no momento de autorização superior da despesa.

Ponto de Situação: O relatório de auditoria aos tempos de faturação foi alvo de deliberação pelo CA, na sua reunião de 2020.02.05, “*Concorda-se com a proposta. Envie-se, superiormente, como indicado. Ao Serviço de Aprovisionamento e Serviço de Gestão Financeira, em particular para promoção e intensificação dos mecanismos de correção propostos e devidos.*”.

O SAI no ano de 2020 vai realizar ação de verificação ao cumprimento das recomendações realizadas.

Responsável pela implementação: SGF / SA Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 2.1 - Análise ao inventário do Serviço Patologia Clínica

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Outubro de 2019

Descrição: Realizou-se análise dos movimentos dos consumos registados pelo SPC nos dias 5 e 6 de dezembro, dias de registo das correções das existências de final de ano, e observou-se um total de €513.763,86 de consumos registados neste período. O montante registado contabilisticamente em existências do SPC, a novembro de 2019, era de €719.203,90. A dezembro de 2019 o valor de existências comunicado à Autoridade Tributária foi de €374.571.

Implicações: A informação mensalmente produzida pelo SPC e espelhada nas demonstrações financeira do CHL não é real, fiável e comparável, comprometendo qualquer análise de evolução de *stocks*/ consumos, assim como a qualidade da informação financeira produzida.

Medida Corretiva: Que se proceda ao registo atempado e efetivo de toda a informação associada à entrada e consumo dos artigos pelo SPC, para comunicação de valores ao SGF reais, fiáveis e comparáveis.

Que se proceda à realização de inventário físico semestralmente, para identificação de erros ao longo do ano e redução dos ajustamentos a realizar no final do ano.

Ponto de Situação: Ponto n.º 4 da Deliberação do Conselho de Administração de 2020.03.11
“Relativamente ao Serviço de Patologia Clínica, a situação é preocupante e deve ser corrigida no imediato. Solicita-se ao Serviço de Patologia Clínica e ao Serviço de Aprovisionamento que promovam uma avaliação e proposta de decisão para corresponder às dificuldades e às recomendações referidas.

Mais se decide ao SAI uma nova ação de auditoria no final do 1.º semestre nos mesmos termos do Serviço Farmacêutico.”

O SAI no ano de 2020 vai realizar ação de verificação ao cumprimento das recomendações realizadas.

Responsável pela implementação: SPC / SA Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 3.1 – Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RO /RCO

Data da recomendação: Dezembro de 2019

Descrição: O CHL dispõe de regulamento de utilização de viaturas aprovado por deliberação do CA de 2013.02.14, com efeito desde 1 de março de 2013, não tendo este sofrido atualização até à presente data.

Verificou-se que o regulamento não contempla procedimentos de controlo sobre o consumo de combustíveis das viaturas, assim como de utilização das mesmas com vista a ganhos de eficiência.

Implicações: A ausência de normativo atualizado compromete a atuação eficaz por parte dos serviços com competência de fiscalização.

Medida Corretiva: Que se proceda à revisão do regulamento de utilização de viaturas pelo Gabinete Jurídico, com a colaboração do SIE, e revisão do SAI, no sentido de criar um documento que identifique as normas relativas à atribuição dos veículos e o seu controlo, da sua manutenção, do controlo de custos, garantindo uma utilização prudente, criteriosa, transparente, eficiente e económica, prevenindo e evitando os desperdícios e desvios injustificados.

Que o SIE nos mapas de controlo das viaturas inclua a totalidade dos veículos, para o SAI validar a correta utilização das mesmas.

Ponto de Situação: Segundo o ponto número cinco da ordem de trabalhos do CA de 2020.05.13, foi decidido: *“Tomada de conhecimento e decidido concordar com as medidas propostas, pelo auditor interno.”*.

O SAI no ano de 2020 vai realizar nova ação de verificação ao cumprimento das recomendações realizadas.

Responsável pela implementação: SIE/ GJ Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 3.2 – Consumo de combustível pelas viaturas do CHL

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Elevado

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Dezembro de 2019

Descrição: Verificou-se após cálculo da estimativa de consumo de combustível entre abastecimentos para viatura do CHL, médias de consumo desajustadas para os quilómetros realizados, assim como, abastecimentos em dias consecutivos sem a realização de quilómetros que o justifiquem.

Implicações: Risco de utilização dos recursos públicos sob gestão do CHL de forma indevida.

Medida Corretiva: Que se proceda à implementação de novos controlos pelo SIE, preferencialmente automáticos. É recomendação do SAI a instalação de GPS nas viaturas do CHL, no sentido de possibilitar a identificação real e inequívoca das causas dos consumos desajustados e elevado número de abastecimentos consecutivos

Ponto de Situação: Segundo o ponto número cinco da ordem de trabalhos do CA de 2020.05.13, foi decidido: *“Tomada de conhecimento e decidido concordar com as medidas propostas, pelo auditor interno.”*.

O SAI no ano de 2020 vai realizar nova ação de verificação ao cumprimento das recomendações realizadas.

Responsável pela implementação: SIE

Prazo de Implementação:

C.2. Pontos identificados relativos ao ano de 2018

Ponto Identificado: 1.1 - Avaliação da prestação de serviços médicos (Diaton)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Maio 2018

Descrição: A ação de auditoria desenvolvida pelo SAI ao prestador de serviço Diaton, referência n.º 1/2018, verificou que não foram realizadas, nem se encontravam previstas, ações de auditoria internas ou externas de avaliação da qualidade e de confirmação da realização de boas práticas clínicas, conforme previsto no contrato celebrado entre o prestador e o CHL.

Implicações: Incumprimento do disposto no contrato celebrado entre as partes e, ausência de controlos eficazes na monitorização do mesmo, atenta à relevância da prestação e o possível impacto no processo curativo dos doentes.

Medida Corretiva: Que se proceda à implementação de auditorias internas/monitorização ao contrato em análise, com uma periodicidade definida, realizado pelo Gabinete da Qualidade, garantindo uma adequada avaliação da qualidade e confirmação da realização de boas práticas clínicas.

Ponto de Situação: Segundo o disposto no ponto 2 da Deliberação do CA de 2018.05.29: *“Solicitar ao Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, Dr. Bilhota Xavier, que desenvolva, no âmbito das suas competências, auditoria dirigida às prestações de serviços médicos, asseguradas por empresas externas, como é o caso da Diaton - Medicina Nuclear, como previsto no contrato respetivo, atenta a relevância do mesmo decorrente do elevado número de prestações envolvidas e do impacto no processo curativo dos doentes.”*

Na comunicação do Dr. Bilhota Xavier de 2020.04.08, *“Informo que por total indisponibilidade, na altura não foi feita a auditoria em causa. Antes foi feita uma mesma auditoria semelhante pelo Diretor do SGD, na altura o Dr. José Borges”*. Pelo exposto conclui-se que a recomendação não foi cumprida, voltando o SAI a efetuar nova avaliação no final do ano de 2020.

Responsável pela implementação: Gabinete da Qualidade Prazo de Implementação:
Ponto Identificado: 1.2 - Acesso ao relatório clínico nos prazos definidos (Diaton)

Órgão responsável pela deteção: AI Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RCO Data da recomendação: Maio 2018

Descrição: A ação de auditoria desenvolvida pelo SAI ao prestador de serviço Diaton, referência n.º 1/2018, identificou falhas relacionadas com o tempo máximo de realização/relato do exame e/ou relatório, com implicações diretas no normal desenvolvimento das consultas agendadas.

Implicações: Incumprimento do disposto no contrato celebrado entre as partes e, ausência de controlos eficazes na monitorização do mesmo, com implicações diretas na realização das consultas agendadas.

Medida Corretiva: Que o SGD desenvolva internamente mecanismos de monitorização dos MCDT solicitados ao exterior, com emissão de alertas automáticos, em função da data da próxima consulta, assegurando a efetiva gestão do processo e a disponibilização do relatório a tempo da consulta agendada. Os incumprimentos identificados devem ser superiormente comunicados e alvo de penalização, em conformidade com o disposto no contrato celebrado entre as partes.

Ponto de Situação: Segundo o ponto 3 da Deliberação do CA de 2018.05.29, *“Incumbir o Diretor do Serviço de Gestão de Doentes, Dr. José Borges de promover as melhorias no acompanhamento e execução do contrato, conforme referido e recomendado, em geral, avaliar rigorosamente todos os aspetos do contrato que integram o “nível de serviço contratado”, ativando, se for o caso, as penalizações correspondentes do mesmo e, em particular: (...) b) No que respeita ao elevado n.º de exames que não são efetuados ou disponibilizados nos prazos definidos, com compromisso do sucesso da atividade assistencial e, por isso de prejuízos para os doentes e para o CHL.”*

Segundo informação da Diretor do SGD de 2020.04.17, Dra. Maria de Jesus Marques:

“O SGD não dispõe de ferramentas que permitam uma monitorização “online” dos prazos de execução dos prestadores externos, nomeadamente no que concerne o tempo que medeia entre a entrega do relatório pelo referido prestador e a data da consulta do utente no CHL, pelo que, essa monitorização só é passível de ser efetuada a posteriori - o que agora propomos seja feito trimestralmente para as situações que se identifiquem como prevaricadoras do compromisso contratual assumido.”

No ano de 2020 o SAI vai realizar ação de fiscalização às medidas propostas para colmatar o ponto de controlo interno identificado.

Responsável pela implementação: SGD

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 1.3 - Acumulação de atividades públicas e/ou privadas (Diaton)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Maio 2018

Descrição: A ação de auditoria desenvolvida pelo SAI ao prestador de serviço Diaton, referência n.º 1/2018, identificou, no ano de 2018, pessoal de enfermagem e médicos, com vínculo laboral com o CHL a realizar prestação de serviços na Diaton, em desrespeito pelo disposto no n.º 3, do Despacho n.º 3586/2016, de 3 de março, do Secretário de Estado da Saúde, *Manuel Martins dos Santos Delgado*.

Implicações: Incumprimento do disposto no n.º 3, do Despacho n.º 3586/2016, de 3 de março, do Secretário de Estado da Saúde.

Medida Corretiva: Que se proceda à advertência dos sujeitos para regularização das situações em prazo definido e, que sejam informados da possível responsabilidade disciplinar em caso de incumprimento.

Ponto de Situação: Segundo Deliberação do CA de 2018.05.29 *“Solicitar à Diretora do Serviço de Gestão de Recursos Humanos, Dra. Lurdes Nogueira que dê rápido cumprimento à orientação dada pelo Vogal Executivo, Dr. Licínio de Carvalho que tutela o serviço, da elaboração de circular interna que consolide as obrigações estatutárias, regulamentares e legais inerentes aos processos de acumulação de atividades públicas e/ou privadas, por parte dos trabalhadores do CHL, para adequação divulgação e cumprimento, tendo em vista evitar situações como a descrita e que respeita a médicos cardiologistas e enfermeiros do CHL que irregularmente acumulavam funções no prestador de serviço Diaton.”*

Foi solicitado ao Diretor do SGRH ponto de situação relativo ao ponto identificado. Na informação de 2020.04.17 fomos informados que:

“Relativamente à acumulação de funções na DIATON por parte dos trabalhadores do CHL identificados:

· *Enfª. Mónica Neves Mendes (2925): não consta no processo individual qualquer autorização para acumulação de funções na DIATON;*

- *Enf. Ricardo Telmo Simões Freitas (4362): rescindiu contrato a 01.03.2018;*
- *Enfª. Eunice José Ferreira Vieira Baptista (1868): tem autorização para acumulação de funções na DIATON desde 29.05.2018; não consta no processo individual qualquer informação sobre a cessação da referida acumulação;*
- *Dr. António Francisco Teixeira Campos Soares Fernandes (4368): tem autorização para acumulação de funções na DIATON desde 26.02.2018; não consta no processo individual qualquer informação sobre a cessação da referida acumulação;*
- *Dr. Nuno Miguel Fernandes Agostinho Pascoal Carvalho (2566): rescindiu contrato a 21.03.2017;*
- *Enfª. Susana Maria Silva Machado (1416): tem autorização para acumulação de funções na DIATON desde 04.11.2010; não consta no processo individual qualquer informação sobre a cessação da referida acumulação.*

Contudo, não subsistem evidências de que a acumulação de funções pelos trabalhadores identificados, se continue a verificar.

Farei o Follow-up da situação, mais informando que, no que respeita à deliberação do CA de 2018.05.29, referente à elaboração superveniente de circular informativa respeitante à acumulação de funções, creio que não terá chegado a ter lugar, pois mantém-se em vigor a Circular Informativa n.º 6, de 14-01-2015.

Não estará, por conseguinte, acautelada a questão da incompatibilidade a que refere o n.º 3 do Despacho do Sr. SES n.º 3586/2016.”

Pelo exposto, conclui-se que o ponto identificado não foi colmatado. No ano de 2020 o SAI vai realizar auditoria para aferir sobre as alterações introduzidas.

Ponto Identificado: 2.1 - Processo de faturação (doença de Crohn)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Junho 2018

Descrição: Os medicamentos consumidos no hospital de dia por utentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa, não se encontram corretamente associados à Portaria n.º 351/2017, e conseqüentemente ao reporte efetuado pelo SF ao SGF para efeitos de acréscimos de proveitos, realizado segundo periodicidade mensal. As discrepâncias de valores são materialmente relevantes.

Implicações: As demonstrações financeiras não espelham a realidade económico-financeira do CHL. Possíveis perdas de faturação para o CHL.

Medida Corretiva: Que se proceda à regularização da parametrização no *software* GHAF, de forma a associar os medicamentos constante no anexo à Portaria n.º 351/2017, aos doentes de Crohn ou colite ulcerosa, garantindo que a informação de faturação reportada pelo SF é correta e completa.

Ponto de Situação: Segundo Deliberação do CA de 2018.07.14: *“Tomou-se conhecimento. Ao SF, Aprovisionamento e SSI e, ainda SGD, para promoção das medidas a ultrapassar os pontos identificados. Ao SAI para, em 30 dias, fazer relatório de progresso.”*.

Segundo informação do Diretor do SGD de 2019.02.12, Dr. José Borges, *“Sobre este assunto o que posso informar é que o SGD até ao momento não tem disponível no SONHO os movimentos da Farmácia para poder faturar os mesmos. No passado dia 8 de fevereiro foi feito um helpdesk para a SPMS a solicitar o carregamento da tabela DU_GENERICOS com os medicamentos e respetivo código CHNM para ser possível proceder à faturação dos medicamentos importados do GHAF.”*

Segundo informação da Diretor do SGD de 2020.04.17, Dra. Maria de Jesus Marques: *“Após o trabalho desenvolvido ao longo dos primeiros meses do ano em curso, a empresa ST+i, em conjunto com o SGD e Serviços Farmacêuticos do CHL, está precisamente neste mês de Abril a proceder, no SONHO, às integrações necessárias e solicitadas pelo CHL, de forma a que possamos operacionalizar e concretizar a faturação que nos compete. Este processo ainda se encontra em fase de testes. A nossa expectativa é a de que, durante o mês de Maio, se finalizem/concluam as integrações necessárias no SONHO referentes aos medicamentos/patologias a faturar.”*

No ano de 2020 o SAI vai realizar avaliação às modificações em cursos para aferir sobre a validade do presente ponto de controlo interno.

Responsável pela implementação: SF/SGD

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 3.1 - Disparidade do saldo contabilístico com a contraparte (fornecedores)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Dezembro 2018

Descrição: Realizou-se processo de circularização de terceiros (fornecedores), tendo-se verificado que em 7 dos 10 fornecedores analisados, ou seja, 70% da amostra, foram identificadas discrepâncias entre os extratos de conta do CHL e da contraparte, excluindo as divergências resultantes de constrangimentos entre a data de pagamento e o reconhecimento desse pagamento na contraparte. A valorização da discrepância é de €122.130,23, ou seja, sensivelmente 4% do montante total analisado.

Implicações: As demonstrações financeiras do CHL não refletem a realidade económico-financeira da instituição.

Medida Corretiva: Que se proceda há implementação de processos de conciliação de saldos numa base regular, e por amostragem, de forma a garantir a fiabilidade da informação financeira do CHL.

É recomendação do SAI que, a função de conferência de faturas do SA, mensalmente identifique as notas de encomenda satisfeitas sem documentação para registo no SGF e, solicite ao fornecedor os documentos para uma contabilização tempestiva.

Ponto de Situação: Segundo Deliberação do CA de 2019.07.17: *“Tomou-se conhecimento. Dada a gravidade do resultado apurado na presente ação do SAI, o CA solicita: a) Que o SA e o SGF promovam medidas e ações necessárias para conciliação de saldos, periodicamente, com os fornecedores; b) Que o SAI renove a presente ação em 10 novos fornecedores de material de consumo clínico.”.*

No ano de 2019, na ação de auditoria aos tempos de faturação de terceiros, realizou-se circularização a 10 fornecedores de material de consumo clínico com referência a dezembro de 2018. As diferenças apuradas foram insignificantes e, em 7 dos 10 fornecedores em teste não foram identificadas discrepâncias, concluindo o SAI favoravelmente ao teste realizado.

Responsável pela implementação: SGF / SA Prazo de Implementação: Implementado

Ponto Identificado: 4.1 - Centralização dos procedimentos de compra (ajuste direto)

Órgão responsável pela detecção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Outubro 2018

Descrição: O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 5/2018, tendo-se verificado que estes não foram convenientemente realizados pelo SA, onde se deveria encontrar centralizado a totalidade das aquisições. Verificou-se que 3 dos 4 procedimentos incumprem com a alínea a), do n.º 1 do Despacho n.º 851-A/2017, do Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes.

Implicações: Incumprimento do disposto na alínea a), do n.º 1 do Despacho n.º 851-A/2017, do Ministro da Saúde.

Medida Corretiva: Promover a centralização da aquisição de bens e serviços, empreitadas, num único departamento.

Ponto de Situação: No ano de 2019 foi realizada ação de auditoria orientada ao processo de contratação pública. O relatório originou a Deliberação do CA de 2019.11.14.

Segundo o SAI, *“Os procedimentos de aquisição não foram convenientemente realizados pelo SA, onde se deveria encontrar centralizado a totalidade das aquisições. Três dos oito procedimentos incumprem com a alínea a), do n.º 1 do Despacho n.º 851-A/2017, de 13 de janeiro, do Gabinete do Ministro da Saúde.”*

Pelo exposto, conclui-se que o ponto identificado não foi corrigido, ficando a reavaliação da sua correção para a ação de auditoria a realizar no ano de 2020 sobre contratação pública.

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 4.2 - Peças contratuais dos procedimentos de compra (ajuste direto)

Órgão responsável pela detecção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Outubro 2018

Descrição: O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 5/2018, tendo-se verificado a ausência de peças contratuais, mais especificamente convite à apresentação de proposta e caderno de encargos. Três dos quatro procedimentos analisados incumprem com o disposto na alínea a), do n.º 1 do artigo 40.º do CCP.

Implicações: Incumprimento do disposto na alínea a), do n.º 1 do artigo 40.º do CCP.

Medida Corretiva: No recurso ao ajuste direto devem ser aplicadas, com todo o rigor devido, as normas do CCP.

Ponto de Situação: No ano de 2019 foi realizada ação de auditoria orientada ao processo de contratação pública. O relatório originou a Deliberação do CA de 2019.11.14.

Segundo o SAI verificou-se a *"Ausência de peças contratuais, nomeadamente, convite à apresentação de proposta e caderno de encargos. Cinco dos oito procedimentos analisados incumprem com o disposto na alínea a), do n.º 1 do artigo 40.º do CCP."*

Segundo o ponto n.º 3, a), *"3. Incumbir, mais uma vez, os referidos serviços (SA, SIE e SGF) de adotarem procedimentos conforme as instruções definidas, em particular no que respeita: a) À escolha dos procedimentos pré-contratuais e referidas formalidades."*

Pelo exposto, conclui-se que o ponto identificado não foi corrigido, ficando a reavaliação da sua correção para a ação de auditoria a realizar no ano de 2020 sobre contratação pública.

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 4.3 - Fundamentação da natureza excepcional do procedimento

Órgão responsável pela detecção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Outubro 2018

Descrição: O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 5/2018, tendo-se verificado a escolha de procedimento por ajuste direto segundo critérios materiais sem a devida fundamentação do Gabinete Jurídico. Os quatro procedimentos analisados incumprem com o disposto na alínea d), do n.º 2, do Despacho n.º 851-A/2017, de 13 de janeiro, do Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes.

Implicações: Incumprimento do disposto na alínea d), do n.º 2, do Despacho n.º 851-A/2017, de 13 de janeiro, do Ministro da Saúde.

Medida Corretiva: Que se proceda, sempre que a escolha do procedimento se realize em função de critérios materiais ou ajuste direto com convite a um só fornecedor, a parecer do Gabinete Jurídico com fundamentação da natureza excepcional do procedimento.

Ponto de Situação: No ano de 2019 foi realizada ação de auditoria orientada ao processo de contratação pública. O relatório originou a Deliberação do CA de 2019.11.14.

Segundo o SAI, "Na informação submetida ao órgão competente para a decisão de contratar, a proposta de autorização não fundamenta a escolha do procedimento. Cinco dos oito procedimentos analisados incumprem com o disposto no artigo 38.º do CCP."

Pelo exposto, conclui-se que o ponto identificado não foi corrigido, ficando a reavaliação da sua correção para a ação de auditoria a realizar no ano de 2020 sobre contratação pública.

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação:

C.3. Pontos identificados relativos ao ano de 2017

Ponto Identificado: 4.4 - Declaração de incompatibilidades dos membros do júri (contratação pública)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Dezembro 2017

Descrição: Verificou-se nos procedimentos por concurso público analisados, a ausência de evidência da declaração de incompatibilidades dos membros do júri do procedimento.

Implicações: Desrespeito pelo artigo 4º, do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro do Ministério da Saúde, divulgado pela Circular Informativa n.º 8/2014, de 24 de janeiro.

Medida Corretiva: Nos procedimentos de contratação pública deve-se garantir a existência de declaração de incompatibilidades dos membros do júri, pressuposto que deve passar a ser evidenciado no relatório que o gabinete jurídico produz, decorrente do n.º 3 da deliberação do Conselho de Administração de 2017.01.26, e do n.º 2 do despacho 851-A/2017, de 13 de janeiro, do Ministro da Saúde, e posterior despacho do Vogal Executivo, Dr. Licínio de Carvalho, de 2017.03.31.

Ponto de Situação: Realizou-se no ano de 2019 ação de auditoria à contratação pública, a qual originou a Deliberação do CA de 2019.11.14.

Foram selecionados 8 procedimentos, 6 segundo ajuste direto e 2 por concurso público. Verificou-se a existência de declaração de inexistência de conflito de interesses para a totalidade dos intervenientes no processo de avaliação de propostas dos concursos analisados, concluindo-se favoravelmente ao teste realizado.

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: Implementado

Ponto Identificado: 4.5 - Publicitação do contrato no portal BASE GOV (contratação pública)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Dezembro 2017

Descrição: Verificou-se para os processos de compra segundo procedimento de ajuste direto, não cumprimento do disposto no n.º 3, do artigo 127.º do CCP, resultado da publicitação do contrato, suceder em momento posterior ao pagamento ao fornecedor, condição de eficácia do mesmo.

Implicações: Desrespeito pelo disposto no n.º 3, do artigo 127.º do CCP.

Medida Corretiva: Que se proceda à verificação periódica da informação carregada no portal BASE GOV pelo SA, de forma a garantir a publicitação dos contratos de forma atempada.

Ponto de Situação: Foi realizada no ano de 2019 ação de auditoria à contratação pública. Foram analisados 8 procedimentos, 6 por ajuste direto e 2 por concurso público. Verificou-se que 4 dos 8 procedimentos incumprem com o disposto no n.º 1 do artigo 127.º do CCP, e pelo disposto no n.º 7, do Despacho n.º 851-A/2017, do Gabinete do Ministro da Saúde.

Segundo alínea c), ponto n.º 3, da Deliberação do CA de 2019.11.14, *"Incumbir, mais uma vez, os referidos serviços (SA, SIE e SGF) de adotarem procedimentos conforme as instruções definidas, em particular no que respeita: (...) c) Ao carregamento dos procedimentos na Base GOV previamente à submissão a pagamento das respetivas despesas, (...)".*

No ano de 2020 o SAI vai proceder a nova ação de auditoria a fim de concluir sobre o cumprimento dos normativos.

Responsável pela implementação: SA Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 5.1 - Função de coordenação dos transportes do CHL

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Baixo

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Abril 2017

Descrição: Ausência de registo do número de horas alocadas à função de coordenação dos serviços de transporte no mapa e tarefas diárias dos motoristas.

Implicações: Impossibilita a realização de análises fiáveis ao número de horas alocadas à função de coordenação, com implicações diretas na utilização de recursos externos para transporte de funcionários.

Medida Corretiva: Que o Serviço de Instalações e Equipamento (SIE) proceda ao registo e controlo do número de horas alocadas pelo Coordenador dos transportes à função de coordenação.

Ponto de Situação: Segundo informação disponibilizada pelo Diretor do SIE de 2017.04.27, foi apresentada proposta de “regulamento dos transportes do CHL”, para aprovação superior, tendo em vista a medida corretiva apresentada.

A 2017.06.14, na sequência da informação prestada superiormente pelo SIE, foi proposto: *“até que o regulamento esteja aprovado, a implementação das medidas propostas pelo SAI, no âmbito do SIE, ficarão suspensas, sob a responsabilidade do Coordenador dos Transportes que assegurará os registos como até aqui”*.

No dia 2017.06.16, o Vogal Executivo Dr. Licínio de Carvalho emitiu o seguinte despacho: *“Concordo. Até à aprovação do regulamento referido, fica suspenso registo diferente do atualmente em uso.”*

Segundo informação do Diretor do SIE de 2020.04.01 *“Não existem alterações, à data”*.

Responsável pela implementação: SIE

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 5.2 - Registo do trabalho extraordinário (motoristas)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Abril 2017

Descrição: Decorrente da análise aos documentos de registo das horas extras dos motoristas, verificamos a não inclusão nos procedimentos do SGRH, da Portaria n.º 609/2009, de 5 de junho, do Ministro de Estado e das Finanças, Fernando Teixeira do Santos que aprova o modelo de registo de trabalho extraordinário e os elementos que deve conter.

Implicações: Desrespeito para com o disposto na Portaria n.º 609/2009, de 5 de junho, série I, do Ministro de Estado e das Finanças.

Medida Corretiva: Que se proceda à inclusão nos procedimentos do SGRH relativos aos registos de trabalho extraordinário, do constante na Portaria n.º 609/2009, de 5 de junho, série I - n.º 109, no sentido de garantir a plenitude dos elementos nela constante.

Ponto de Situação: Segundo informação do diretor do SGRH de 2020.04.17: *“Mantém-se a inobservância do estabelecido na Portaria do Sr. MEF n.º 609/2009, cujo cumprimento poderá ser equacionado na medida da sua compatibilização com o sistema de lançamento e registo de trabalho extraordinário vigente, que assenta em boa parte sobre um sistema de controlo biométrico de assiduidade, através de um aplicativo informático.”*

No ano de 2020, o SAI irá realizar auditoria às modificações introduzidas pelo SGRH para colmatar o ponto identificado.

Responsável pela implementação: SGRH

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 6.1 - Processo de inventário do imobilizado (equipamento informático)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Elevado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Janeiro 2018

Descrição: Ausência de inventário atualizado relativo ao equipamento informático com identificação da distribuição por serviço.

Implicações: A incorreta localização dos equipamentos informáticos aumenta o risco de apropriação indevida dos mesmos, assim como, dificulta a sua efetiva gestão.

Desrespeito pela instrução sobre o cadastro e inventário dos bens do Estado, anexa à Portaria n.º 671/2000, de 17 de abril.

Medida Corretiva: Que se proceda ao levantamento integral da totalidade dos equipamentos informáticos em funcionamento, com atualização no cadastro da sua efetiva localização, assim como, ao centro de custo a que o equipamento se encontra afeto.

Ponto de Situação: Realizou-se reunião no dia 2019.07.23, com os seguintes intervenientes: Dr. Licínio de Carvalho (Presidente do CA), Dra. Sílvia Pereira (Diretora do SA), Dr. Vitor Rodrigues (Auditor Interno), Eng. Vitor Marto (Diretor do SSI), para serem debatidas soluções para a realização do inventário ao equipamento informático, tendo ficado decidido o pedido de orçamento a empresa especializada.

Foi adjudicada proposta à empresa B4B Contabilidade e Consultoria, Lda., no valor total de 4.200€ (+IVA), para um universo de 3.100 bens, pelo Despacho do Presidente do CA de 2019.09.27.

Realizou-se inventário pela empresa referida no mês de janeiro de 2020.

Responsável pela implementação: SSI /SA

Prazo de Implementação: Implementado

Ponto Identificado: 6.2 - Processo de abate (equipamento informático)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Baixo

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Janeiro 2018

Descrição: Verificou-se para um conjunto de artigos a inexistência de documento suporte ao abate dos artigos informáticos (auto de abate), conforme disposto no n.º 2 do artigo 30º, da Portaria n.º 671/2000 de 17 de abril, assim como de autorização superior para a sua realização, conforme disposto no manual de procedimentos, gestão do imobilizado do CHL, alínea b), do ponto “Abates de bens obsoletos”.

Implicações: Desrespeito pelo disposto no n.º 2 do artigo 30º, da Portaria n.º 671/2000 de 17 de Abril, e do manual de procedimentos, gestão do imobilizado do CHL, alínea b), do ponto “Abates de bens obsoletos”.

Medida Corretiva: Que se proceda à implementação e execução do disposto no manual de procedimentos administrativos e contabilísticos - gestão de imobilizado. O SA apenas deve proceder ao registo do abate no sistema de gestão de imobilizado, após a aprovação superior do auto de abate.

Ponto de Situação: No ano de 2019 realizou-se monitorização com referência ao 1.º trimestre do ano. Não se verificou o abate de equipamento informático, permanecendo este ponto em análise para nova reavaliação durante o ano de 2020.

Responsável pela implementação: SSI /SA

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 7.1 - Análise ao inventário do Serviço Farmacêutico (SF)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Moderado

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Fevereiro 2018

Descrição: No inventário final de ano de 2017, foi identificado um elevado número de discrepâncias entre os registos em sistema e o inventário real: 47% do total da amostra continha discrepâncias.

O universo em estudo totalizou o valor de €1.160.278,06, e seleccionou-se para amostra 51 artigos no montante de €515.297,85. Foram identificados 24 artigos com discrepâncias.

Implicações: As discrepâncias identificadas comprometem uma gestão eficiente dos ativos do CHL.

Medida Corretiva: Que se proceda à revisão dos controlos associados à gestão *stocks* no SF. Semanalmente deve ser realizado reporte à Diretora do SF, com resumo das divergências identificadas e respetivas causas, para definição e implementação de um plano de ação com medidas corretivas.

Ponto de Situação: No ano de 2018 foram seleccionados para amostra 52 artigos no montante de €807.929,30, tendo-se identificado 33 com discrepância, ou seja, 63% do total da amostra.

No ano de 2019, a amostra total foi de €1.244.875 distribuído por 36 artigos. Foram identificados 22 tendo discrepâncias, ou seja, 61% do total da amostra, o que não permite concluir favoravelmente ao teste efetuado.

Segundo ponto n.3 da Deliberação do CA de 2020.03.11 “(...) *Decide-se solicitar ao SAI a realização de ação de auditoria específica a realizar no final do 1.º semestre e a incidir sobre o período correspondente ao mesmo 1.º semestre.*” O SAI vai proceder em conformidade, e realizar atualização do ponto de controlo interno.

Responsável pela implementação: SF Prazo de Implementação:

D. Conclusão

A compilação das deficiências reportadas no presente relatório expõe um conjunto de lacunas no SCI do CHL que requerem observação e correção pelos serviços intervenientes.

A existência de um SCI, não se traduz na ausência de erros humanos, irregularidades ou fraudes, na medida em que existem diversos fatores que podem influenciar negativamente a operacionalidade do SCI.

No ano de 2019, foram implementados novos procedimentos com impacto direto no SCI. No entanto, verificou-se um elevado número de recomendações que não foram alvo de implementação pelos vários serviços. Considerando a necessidade crescente de melhoria dos processos e controlos, e no sentido de fazer face a um ambiente em constante transformação, é essencial a existência de um SCI rigoroso, conferindo maior fiabilidade aos processos organizacionais.

A ausência de recursos humanos em número adequado à realização das tarefas, assim como o crescente aumento de tarefas a realizar, surgem como principais justificações à não implementação das recomendações propostas, ou à ausência de resposta ao solicitado pelo SAI.

E. Definição das categorias e graus de risco

Os pontos identificados foram qualificados de acordo com as categorias de risco abaixo definidas e com o grau de risco atribuído:

Categoria de riscos

Risco de estratégia: (RE) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de decisões estratégicas inadequadas, da deficiente implementação das decisões ou da incapacidade de resposta a alterações no meio envolvente;

Risco operacional: (RO) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de falhas na atividade desenvolvida, de fraudes internas e externas, do não acompanhamento da execução do orçamento, de processos de decisão internos ineficazes, de recursos humanos insuficientes ou inadequados ou da inoperacionalidade das infraestruturas;

Risco de “compliance”: (RCO) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de violações ou da não conformidade relativamente a leis, regulamentos, determinações específicas, contratos, regras de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos, que se materializem em sanções de carácter legal ou na impossibilidade de exigir o cumprimento de obrigações contratuais;

Risco dos sistemas de informação: (RSI) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, em resultado da inadaptabilidade dos sistemas de informação a novas necessidades, da sua incapacidade para impedir acessos não autorizados, bem como garantir a integridade dos dados e assegurar a continuidade da atividade em casos de falha;

Risco de reputação: (RP) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de uma perceção negativa da imagem pública do Centro Hospitalar, fundamentada ou não, por parte de utentes, fornecedores, colaboradores, órgãos de imprensa ou pela opinião pública em geral.

Grau de risco

Critico: Assuntos que apresentam muitos riscos / impactos significativos e que deverão ser resolvidos no imediato.

Elevado: Assuntos que apresentam riscos / impactos significativos e que deverão ser resolvidos com a maior brevidade possível.

Moderado: Assuntos que apresentam riscos e / ou montantes relevantes, razoavelmente controlados pela entidade, que deverão ser adequadamente monitorizados.

Baixo: Assuntos que apresentam alguns riscos e / ou que iriam melhorar o sistema de controlo interno e a eficiência geral.

Muito Baixo: Assuntos que apresentam reduzidos riscos e / ou que iriam preencher o sistema de controlo interno e a eficiência geral.

A avaliação do risco subjacente aos graus de risco:

Tabela I – Escala do nível de impacto

Impacto	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
Exposição Financeira: % Capital	X <0,01 %	0,01% <X <0,5 %	0,5 % <X <2 %	2 % <X <10 %	10 % <X
Exposição Financeira: Intervalo monetário	X <500.000€	500.000€ <X <2 M€ ¹	2 M€ ¹ <X <10 M€ ¹	10 M€ ¹ <X <30 M€ ¹	40 M€ ¹ <X
Imagem da Organização	Sem impacto.	O Impacto negativo é delimitado a conjunto de pessoas e reversível.	O Impacto negativo é ao nível da região, do domínio público, mas com reprodução limitada	O Impacto negativo é a nível global, com propagação limitada	Impacto negativo a longo prazo, irremediável, a nível global e com propagação generalizada.
Obrigações legais / contratos	Sem violação de obrigações legais ou contratuais	Violação de obrigações legais ou contratuais confinados a um incidente. Sem risco sistémico.	Violação de obrigações legais ou contratuais com custos financeiros para a organização e probabilidade do aumento do escrutínio pelas entidades reguladoras.	Violação de obrigações legais ou contratuais significativas. Com possibilidade de sanção para a organização e/ou Conselho de Administração.	Violação de obrigações legais ou contratuais com exposição mediática. Existência de responsabilidades para a organização e/ou respetivo Conselho de Administração.
Operações / atividades	Erros são diminutos e confinados a um pequeno número de pessoas internas na organização.	Erros são diminutos e isolados a um pequeno número de pessoas internas ou externas à organização.	Erros são transversais a vários serviços da organização e com um impacto a um grupo de pessoas, internas ou externas à organização	Erros são transversais a vários serviços da organização, com impacto a vários grupos de pessoas, internas ou externas à organização e do conselho de Administração.	Erros com impacto incalculável para a organização e Conselho de Administração.

¹-Milhoes de euros

Tabela II – Probabilidade de ocorrência

Probabilidade	1 Muito Improvável	2 Improvável	3 Ocasional	4 Frequente	5 Muito frequente
Frequência	Em mais de/ a cada 5 anos	Em mais de/ a cada 3 a 5 anos	Em mais de/ a cada 1 a 3 anos	Em mais de/ a cada 1 ano	Em mais de/ a cada trimestre

Após a definição do nível de impacto, assim como da frequência dos riscos, conforme tabela I e II respetivamente, foi determinado pelo SAI a seguinte classificação do risco inerente:

Matriz I – Risco inerente

RISCO INERENTE						
Probabilidade	5 Muito Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Ocasional	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado

		1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
IMPACTO						

Tabela III - Nível de controlo

Nível de controlo	Muito forte	Forte	Adequado	Inadequado	Fraco ou inexistente
Descrição	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são fortes e permitem uma efetiva gestão do risco. Redução significativa da probabilidade de eventos relacionados com o risco.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são mais do que adequadas e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo tem oportunidades de melhoria.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são adequados e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo demonstra oportunidades de melhoria, e/ ou necessidade de implementação de novos controlos.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação permitem uma reduzida /inadequada gestão do risco. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação não existem ou são muito fracas. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.

Matriz II – Avaliação final do nível de risco efetivo

ESCALA DE RISCO EFETIVO						
Nível de controlo	5 Fraco ou inexistente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Inadequado	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Adequado	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
---	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado	
RISCO INERENTE						

A matriz II respeita à avaliação final do nível de risco efetivo, após a definição do risco inerente pela matriz I e da delimitação do nível de controlo interno identificado pelo SAI, tabela III, que se encontra hierarquizado em cinco pontos: muito baixo, baixo, moderado, elevado e critico.

O Auditor Interno

(Vitor Rodrigues)