



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 6/2022**

# Relatório de Controlo Interno

## Centro Hospital de Leiria, E.P.E.

### 2021

abril de 2022

## Conteúdo

|  |    |
|--|----|
| Conteúdo.....  | 2  |
| A. Sumário Executivo.....  | 3  |
| A.1. Introdução.....   | 3  |
| A.2. Conceito de controlo interno.....                                     | 3  |
| B. Descrição do trabalho efetuado.....                                     | 4  |
| C. Pontos de controlo interno, implicações e recomendações.....            | 4  |
| <i>C.1. Principais pontos identificados relativos ao ano de 2021</i> ..... | 5  |
| <i>C.2. Pontos identificados relativos a anos anteriores</i> .....         | 13 |
| D. Conclusão.....  | 15 |
| E. Definição das categorias e graus de risco.....                          | 16 |

## **A. Sumário Executivo**

### **A.1. Introdução**

Segundo o disposto no n.º 1 do art.º 20.º do Anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, diploma que aprova os estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E. P. E., 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 pretende reportar ao CA os pontos identificados no decurso do trabalho do SAI com referência ao ano de 2021, com impacto direto no SCI e, realizar balanço dos pontos identificados relativos a anos anteriores, pendentes de implementação.

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 estão identificados oito pontos de controlo interno associados a auditorias desenvolvidas no ano de 2021: *“Faturação de medicamentos em meio hospitalar em regime de ambulatório”, “Horário de atendimento em farmácia hospitalar”, “Procedimento de inventário do serviço farmacêutico”, “Prescrição de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados”, “Reposição anual do fundo de maneio”, “Centralização dos procedimentos de compra (ajuste direto)”, “Peças contratuais dos procedimentos de compra (ajuste direto)” e “Parecer jurídico sobre os procedimentos de aquisição”*. A seleção dos pontos identificados foi realizada em função do seu grau de risco.

No que respeita aos pontos de controlo interno de anos anteriores, encontram-se pendentes de resolução dois: *“Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL” e “Implementação da rubrica de faturas em receção e conferência”*. Os restantes pontos foram excluídos do atual documento por implementação da recomendação ou desatualização da informação.

Em adicional, no ano de 2021 foram realizadas duas auditorias, aos cuidados respiratórios domiciliários, relatório de auditoria com a referência interna n.º 8/2021 e, auditoria às retribuições por atividade fora do período normal de trabalho, relatório de auditoria com a referência interna n.º 12/2021, que devido à ausência de despacho / aprovação por parte do CA até à data de execução do presente documento de divulgação pública, não foram incluídos os seus pontos. As situações identificadas serão incluídas no relatório do sistema de controlo interno com referência ao ano de 2022.

### ***C.1. Principais pontos identificados relativos ao ano de 2021***

Ponto Identificado: 1.1 - Faturação de medicamentos em meio hospitalar em regime de ambulatório

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Elevado

---

Categoria do Risco: RO / RC

Data da recomendação: Novembro de 2021

---

Descrição: A ação de auditoria à dispensa de medicamentos em regime de ambulatório ficou limitada no que respeita à avaliação da faturação de medicamentos, por conta da ausência de normativos internos atualizados.

---

Implicações: A desatualização dos procedimentos internos não permite a avaliação das ações efetivamente implementadas e aumenta o risco associado ao incumprimento da legislação em vigor.

---

Medida Corretiva: Que se proceda à urgente atualização da Instrução de trabalho de "Faturação de medicamentos em meio hospitalar para utilização em regime de ambulatório".

---

Ponto de Situação: Por indicação da Diretora do SGD, Dra. Ana Valentim, o documento está final, e será enviado para aprovação do CA no primeiro semestre do ano de 2022.

---

Responsável pela implementação: SF /SGD

Prazo de Implementação: 2022

---

Ponto Identificado: 1.2 - Horário de atendimento em farmácia hospitalar

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Baixo

---

Categoria do Risco: RO / RP

Data da recomendação: Novembro de 2021

---

**Descrição:** Na ação de auditoria à dispensa de medicamentos em regime de ambulatório, foi realizado um questionário aos utentes/ cuidadores que se deslocaram à farmácia hospitalar. Foi identificado como principal ponto de melhoria, o alargamento do horário de atendimento.

---

**Implicações:** O crescente número de utentes a recorrer à farmácia hospitalar, por conta de novas patologias ou novas terapêuticas, não foi acompanhado pelo aumento do período de atendimento dos utentes / cuidadores, contribuindo para o aumento dos períodos de espera e o aglomerar na entrada do SF, podendo em determinados casos, levar à redução da qualidade dos serviços prestados pelas profissionais do SF.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda, assim que possível, à reorganização dos horários de trabalho dos farmacêuticos, de forma a permitir o alargamento do horário de atendimentos dos utentes /cuidadores em farmácia hospitalar.

---

**Ponto de Situação:** Por indicação da Diretora do SF, o alargamento do horário de atendimento só será possível quando forem contratados mais farmacêuticos, isto é, o SF necessita de mais recursos humanos de todas as áreas profissionais para alargamento do horário de funcionamento do mesmo.

---

Responsável pela implementação: SF

Prazo de Implementação: 2022

---

Ponto Identificado: 2.1 - Análise ao procedimento de inventário do serviço farmacêutico

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Médio

---

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Dezembro de 2022

---

**Descrição:** As diferenças identificadas, entre as contagens físicas e os registos informáticos no serviço farmacêutico são significativas, 87% (quantidade) do total da amostra. A situação reportada sugere um débil ambiente de controlo interno.

---

**Implicações:** Ineficiente gestão de stocks.

---

**Medida Corretiva:** Que o SF proceda à revisão dos procedimentos de gestão de *stocks*. É recomendação do SAI a implementação de rotinas de controlo, por contagens periódicas de grupos de artigos, verificação dos valores em existência em armazéns avançados e, responsabilização dos farmacêuticos por áreas a que se encontram alocados.

---

**Ponto de Situação:** Por indicação da diretora do SF, *“Em 2021, devido á situação de pandemia e défice de recursos humanos, não foi mesmo possível realizar contagens trimestrais. No entanto, foram feitas algumas contagens intercalares dos medicamentos do ambulatório, dos estupefacientes e hemoderivados, dos medicamentos citotóxicos para quimioterapia tendo sido possível corrigir situações anómalas. Relativamente á realização de rotinas de controlo sobre os stocks, informo que no ano de 2021 mais uma vez foi feito um esforço enorme na gestão de stocks mas devido á pandemia e a outras causas multifatoriais, algumas não dependes só do SF, tais como: milhares de lançamentos à unidade e muitos com saídas manuais, falta de recursos humanos e excesso de tarefas, algumas falhas na articulação com o SA, pelo mesmo motivo (falta de recursos humanos), entre outras, não foi possível atingir os objetivos propostos.”*

---

Responsável pela implementação: SF

Prazo de Implementação: 2022

Ponto Identificado: 2.2 - Prescrição de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Elevado

---

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomendação: dezembro de 2021

---

**Descrição:** Que o SF realize os procedimentos necessários à desmaterialização das requisições de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados, no sentido de terminar com a existência de saídas manuais e conseqüentemente minimizar os erros daí resultantes.

---

**Implicações:** Erros nas quantidades em stock. Redução da qualidade do serviço prestado.

---

**Medida Corretiva:** Que o SF realize os procedimentos necessários à desmaterialização das requisições de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados, no sentido de terminar com a existência de saídas manuais e conseqüentemente minimizar os erros daí resultantes.

---

**Ponto de Situação:** Por indicação da Diretora do serviço farmacêutico "*Irão ser feitos todos os esforços para, no 1º trimestre de 2022, ser implementada a desmaterialização das requisições de estupefacientes e hemoderivados. E mais uma vez é imperativo recursos humanos em nº suficiente para as solicitações atuais. Os erros verificados são devidos a lançamentos manuais de saídas. Para cada artigo existem fichas de prateleira com registo de movimentos de entradas/saídas e que é controlado regularmente pelos farmacêuticos que fazem a dispensa mas mesmo assim há sempre discrepâncias.*".

---

Responsável pela implementação: SF

Prazo de Implementação: 2022

---



Ponto Identificado: 3.1 - Reposição anual do fundo de manei

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Médio

---

Categoria do Risco: RO/ RCO

Data da recomendação: Agosto de 2020

---

**Descrição:** Verificou-se o incumprimento do prazo de encerramento no fundo manei  
referente ao ano de 2020, em desrespeito pelo disposto no n.º 4 do art.º  
27.º do DLEO/2019.

---

**Implicações:** A ausência de procedimentos escritos compromete a responsabilização e  
pode impactar a tomada de decisão, por conta da ausência de detalhe das  
tarefas a desempenhar.

---

**Medida** Que se proceda à elaboração do regulamento interno dos fundos de manei  
**Corretiva:** do CHL em conformidade com a alínea j) do ponto 2.9.7.1 do POCMS,  
mantido em vigor pela alínea b) do n.º1 do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º  
192/2015, de 11 de setembro, SNC-AP.

---

**Ponto** Por indicação do SGF de 2022.04.12, "*Não foi realizado procedimento de*  
**de Situação:** *reposição do fundo de manei.*"  
  
É expectável o desenvolvimento do documento no segundo semestre do  
ano de 2022.

---

Responsável pela implementação: SGF

Prazo de Implementação: 2022

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

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Abril de 2021

---

**Descrição:** O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 3/2021, tendo-se verificado que estes não foram convenientemente realizados pelo SA, onde se deveria encontrar centralizado a totalidade das aquisições. Verificou-se que 1 dos 8 procedimentos analisados 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:** Que se proceda à centralização da aquisição de bens e serviços, empreitadas em um único serviço, para a correta gestão do procedimento e cumprimento do disposto na alínea a), do ponto 1., do Despacho n.º 851-A/2007, de 13 de janeiro, do Gabinete do Ministro da Saúde.

---

**Ponto de Situação:** No ano de 2022 o SAI vai proceder à realização de nova auditoria direcionada aos procedimentos de contratação pública, para avaliação do ponto identificado.

---

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: 2022

---

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

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: abril 2021

---

**Descrição:** O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 3/2021, tendo-se verificado a ausência de peças contratuais, mais especificamente caderno de encargos. Dois dos oitos 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 2022 o SAI vai proceder à realização de nova auditoria direcionada aos procedimentos de contratação pública, para avaliação do ponto identificado.

---

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: 2022

Ponto Identificado: 4.3 - Parecer jurídico sobre os procedimentos de aquisição

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Médio

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Abril de 2021

---

**Descrição:** Ausência de pronúncia sobre a conformidade legal e administrativa dos procedimentos contratuais por parte do Serviço Jurídico do CHL. No relatório de auditoria com a referência n.º 3/2021, dois dos oito procedimentos não respeitam o ponto 2, do Despacho n.º 851-A/2017, de 13 de janeiro, do Gabinete do Ministro da Saúde.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto no ponto 2, do Despacho n.º 851-A/2017, de 13 de janeiro, do Gabinete do Ministro da Saúde.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda ao envio da totalidade dos procedimentos de aquisição para o Serviço Jurídico, independentemente do valor da aquisição, de forma a dar cumprimento ao disposto no ponto 2, do Despacho n.º 851-A/2017, de 13 de janeiro, do Gabinete do Ministro da Saúde.

---

**Ponto de Situação:** No ano de 2022 o SAI vai proceder à realização de nova auditoria direcionada aos procedimentos de contratação pública, para avaliação do ponto identificado.

---

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: 2022

---

## **C.2. Pontos identificados relativos a anos anteriores**

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

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: 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 receção e conferência.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à implementação da rubrica de faturas em receção 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 SGF em conjunto com o SAI, no ano de 2021, realizaram testes e simulações à implementação da rubrica de faturas em receção e conferência com a empresa ST+I. Devido a incompatibilidades entre os vários aplicativos, GHAF e SICC, não foi possível concretizar a implementação.

---

Responsável pela implementação: SGF

Prazo de Implementação: 2022

Ponto Identificado: 2.1 – Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: 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.

---

**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.”*.

Na comunicação do SIE de 2021.03.16, *“Relativamente ao “Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL”, elaborado e a rever pelo Gabinete Jurídico, sou a propor que este assunto tenha desenvolvimentos com a maior brevidade. O SIE colaborará no que se afigurar necessário. Propõe-se que a curto prazo seja agendada reunião para o efeito.”*.

Não foram identificados desenvolvimentos no ano de 2021.

---

Responsável pela implementação: SIE/ GJ

Prazo de Implementação: 2022

## **D. Conclusão**

A compilação das deficiências reportadas no presente relatório expõe um conjunto de lacunas no SCI do CHL que exigem 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 2021, foram colmatadas deficiências identificadas de anos anteriores com impacto direto no SCI, permanecendo duas recomendações sem implementação. 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.

## 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**

| <b>Impacto</b>                            | <b>1<br/>Reduzido</b>  | <b>2<br/>Moderado</b>   | <b>3<br/>Significativo</b>   | <b>4<br/>Elevado</b>  | <b>5<br/>Muito elevado</b>   |
|---|--|---|--|---|--|
| 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€ <sup>1</sup>  | 2 M€ <sup>1</sup> < X < 10 M€ <sup>1</sup>   | 10 M€ <sup>1</sup> < X < 30 M€ <sup>1</sup>   | 40 M€ <sup>1</sup> < 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.   |

<sup>1</sup>-Milhoes de euros

**Tabela II – Probabilidade de ocorrência**

| <b>Probabilidade</b> | <b>1<br/>Muito Improvável</b> | <b>2<br/>Improvável</b>       | <b>3<br/>Ocasional</b>        | <b>4<br/>Frequente</b>   | <b>5<br/>Muito frequente</b> |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 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<br>Muito<br>Frequente  | Baixo         | Moderado           | Elevado      | Critico            | Critico  |
|                | 4<br>Frequente           | Baixo         | Moderado           | Elevado      | Elevado            | Critico  |
|                | 3<br>Ocasional           | Muito Baixo   | Baixo              | Moderado     | Elevado            | Elevado  |
|                | 2<br>Improvável          | Muito Baixo   | Muito Baixo        | Baixo        | Moderado           | Moderado |
|                | 1<br>Muito<br>Improvável | Muito Baixo   | Muito Baixo        | Baixo        | Baixo              | Moderado |
| ---            | 1<br>Reduzido            | 2<br>Moderado | 3<br>Significativo | 4<br>Elevado | 5<br>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<br>Fraco ou inexistente | Baixo         | Moderado           | Elevado      | Critico            | Critico  |
|                         | 4<br>Inadequado           | Baixo         | Moderado           | Elevado      | Elevado            | Critico  |
|                         | 3<br>Adequado             | Muito Baixo   | Baixo              | Moderado     | Elevado            | Elevado  |
|                         | 2<br>Forte                | Muito Baixo   | Muito Baixo        | Baixo        | Moderado           | Moderado |
|                         | 1<br>Muito forte          | Muito Baixo   | Muito Baixo        | Baixo        | Baixo              | Moderado |
| ---                     | 1<br>Reduzido             | 2<br>Moderado | 3<br>Significativo | 4<br>Elevado | 5<br>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.

Técnico Superior de Auditoria

(Rui Gaio)