



Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo.

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

1ª Versão

05/02/2024

Índice

1. Introdução.....	3
2. Âmbito, Objetivos e Enquadramento Legal e Normativo	5
2.1. Âmbito	5
2.2. Objetivos.....	5
2.3. Enquadramento Legal e Normativo	5
3. Caracterização da Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo.....	6
3.1. Valores, Missão e Visão.....	6
3.2. Política da Qualidade	6
3.3. Estrutura Organizacional desta Santa Casa	7
4. Programa de Cumprimento Normativo.....	9
4.1. Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	9
4.2. Código de Conduta	9
4.3. Canal de Denúncias	10
4.4. Programa de Comunicação e Formação	11
4.5. Responsável pelo Controlo do Cumprimento Normativo.....	11
5. Disposições Aplicáveis	11
5.1. Sistema de Controlo Interno.....	11
6. Metodologia da Elaboração do Plano de Prevenção e Infrações Conexas	12
6.1. Identificação dos Riscos e Infrações Conexas	12
6.2. Definição de medidas e minimização dos riscos	12
6.3. Avaliação dos riscos.....	13
6.4. Monitorização das medidas e da execução e revisão do PPR.....	14
7. Mapa de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.....	14
7.1. Controlo e Monitorização do PPR	15
ANEXO I	16
Maria Eugénia Leal.....	16
Anexo II	17

1. Introdução

As medidas anti-corrupção constituem em si uma preocupação fulcral para a gestão das Instituições, bem como dos recursos financeiros, humanos, valores e património, de forma a sustentar laços de transparência e integridade na comunidade numa ligação de intercâmbio com as entidades públicas ou privadas, de forma a fomentar o sentido de responsabilidade, compromisso e justiça. A correta avaliação, monitorização, e controlo dos riscos associados à actividade empresarial, dominam a salvaguarda de um processo de prevenção de corrupção equitativo e organizado.

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) foi criado em 2008 em que se efectivou o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC). Após vários momentos reflexivos, de onde foram emitidas várias recomendações, como a n.º 1/2009, de 1 de julho e a n.º 1/2010, de 7 de Abril, que refere que os dirigentes de entidades públicas ou privadas, gestoras de capitais, valores ou património público devem apresentar a elaboração dos Planos de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Em 1 de Julho de 2009, o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) aprovou a recomendação relativa à elaboração e aplicação de planos de prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 140, de 22 de Julho de 2009.

Pelo exposto, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo, evidencia a sua preocupação sobre o tema aqui abordado, dado ter áreas-chaves de intervenção e serviços que necessitam de medidas que controlem a sua actividade, de modo a salvaguardar a integridade na sua atuação, extrapolando esta preocupação para este PPR. Estando ciente que este Plano não é estanque, o mesmo terá momentos de reavaliação e readequação, quando assim for necessário.

Com a intenção de mitigar situações de controvérsia e a criar um método de controlo contra a corrupção, atendendo que esta ofende a base da democracia e os seus princípios fundamentais, tais como, a igualdade, a transparência, a livre concorrência, a imparcialidade, a legalidade, a integridade e a justa redistribuição de protecção (*cf.* Decreto-lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro), foi aprovada a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, nos termos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de Abril de 2021. Esta estratégia emite sete prioridades sobre a prevenção, detecção e repressão da corrupção, sendo estas:

- melhorar o conhecimento, a formação e as práticas institucionais em matéria de transparência e integridade;
- prevenir e detetar os riscos de corrupção na ação pública;
- comprometer o setor privado na prevenção, deteção e repressão da corrupção;
- reforçar a articulação entre instituições públicas e privadas;

- garantir uma aplicação mais eficaz e uniforme dos mecanismos legais em matéria de repressão da corrupção, melhorar o tempo de resposta do sistema judicial e assegurar a adequação e efetividade da punição;
- produzir e divulgar periodicamente informação fiável sobre o fenómeno da corrupção;
- cooperar no plano internacional no combate à corrupção

Posto isto, com vista a desenvolver um sistema eficaz de controlo da corrupção foi publicado o Decreto-lei n.º 109-E/2021 de 9 de Dezembro em que é criado o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC). Apenso a esta iniciativa legislativa foi criado o regime geral da prevenção da corrupção que retira o registo da *soft law* para a implementação de controlo sobre o cumprimento normativo através de planos de prevenção ou gestão de riscos, os códigos de ética e de conduta, programas de formação, os canais de denúncia e a nomeação de um responsável pelo cumprimento normativo. O Decreto-lei mencionado anteriormente, conforme já foi referido, cria o MENAC e aprova o regime geral da prevenção da corrupção (RGPC).

Todavia, esta responsabilização às entidades, confere um grau de controlo, transparência e imparcialidade que se refletem nos processos e procedimentos inerentes à sua atuação. De forma, a dotar todos os intervenientes na Instituição da sua responsabilidade sobre a anti-corrupção, esta Santa Casa tem um plano de formação que salvaguarda a cedência de conhecimento que gere competências de forma a cumprir as orientações, delegações e compromisso presente no MENAC, bem como o cumprimento do RGPC.

2. Âmbito, Objetivos e Enquadramento Legal e Normativo

2.1. Âmbito

A adoção de um mecanismo contra a corrupção está alinhavada com a visão estratégica da Mesa Administrativa com intuito de corroborar os processos e procedimentos instituídos, por intermédio da implementação da gestão da qualidade, numa prática ativa sobre a transparência, a imparcialidade e a coerência. Deste modo, pretende-se mitigar quaisquer riscos associados a atos de corrupção e de infrações conexas, abarcando os fornecedores e clientes no que concerne à gestão das atividades operacionais da Santa Casa desde a decisão, planeamento à ação. Posto isto, o RGPC “(...) é aplicável às pessoas coletivas com sede em Portugal que empreguem 50 ou mais trabalhadores e às sucursais em território nacional de pessoas coletivas com sede no estrangeiro que empreguem 50 ou mais trabalhadores.” (Decreto-lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, anexo, capítulo I, artigo 2º, alínea 1)

2.2. Objetivos

Através do presente Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas (PPR), a Santa Casa tem como objetivos:

- Identificar as áreas da sua atividade suscetíveis de risco de prática de atos de corrupção;
- Compreender a probabilidade de ocorrência destes riscos associados a determinados processos;
- Instituir medidas preventivas e corretivas face aos riscos identificados, dando especial atenção às de risco elevado ou máximo;
- Realizar um plano de identificação de riscos com os respetivos prazos para resolução, por intermédio das medidas necessárias acionar.

2.3. Enquadramento Legal e Normativo

Atendendo que a corrupção tem um efeito destrutivo nas Instituições e na sua imagem, o debate e consideração legal tem sido alvo de enfoque. Tal facto é refletido no Decreto-lei n.º109-E/2021 de 9 de dezembro e na Lei n.º 93/2021 de 20 de dezembro.

3. Caracterização da Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo

3.1. Valores, Missão e Visão

Estes três pilares Institucionais, foram definidos aquando a implementação da gestão da qualidade e alinham-se numa visão de coerência que condiz com o princípio aqui presente – anticorrupção.

Valores: Os nossos Valores seculares, e de matriz católica, são os pilares éticos que identificam a nossa Instituição de Solidariedade Social da Irmandade das Misericórdias, e estabelecem o nosso compromisso com a comunidade.

- Respeitar e aplicar os quatorze princípios espirituais e corporais das Obras da Misericórdia;
- Seguir a doutrina Social da Igreja Católica;
- Respeitar a dignidade humana e o direito à reserva da vida privada das pessoas servidas;
- Responsabilidade social, transparência e equidade nas respostas sociais;
- Compromisso com a comunidade e justiça social;
- Autonomia e conformidade legal.

Na delegação das sua função e na orientação da sua intervenção estratégica, a Santa Casa, tem como:

Missão: criar valor social, assegurando as respostas sociais qualificadas e necessárias para enfrentar as carências das pessoas, das famílias e da comunidade, promovendo uma vida digna e socialmente integrada.

Visão: A ambição do nosso propósito é sermos uma referência ética e de cariz católico nas respostas sociais efetivas, interagindo com outras instituições na prossecução da nossa Missão, em harmonia com os nossos Valores e Cultura.

3.2. Política da Qualidade

A política da qualidade reflete a filosofia institucional que pode ser polida, de forma a estar alinhada com a visão estratégica dos dirigentes. Neste sentido, a Santa Casa considerou como a sua política a preocupação com:

- Manter uma liderança comprometida com o SGQ;
- Incorporar as orientações estratégicas na política e nos objetivos da qualidade;
- Assegurar uma abordagem por processos e centrada na pessoa, para a modernização e a otimização do desempenho da Instituição;
- Garantir a divulgação, a compreensão e a aplicação do Manual da Qualidade, quanto à conformidade com os requisitos normativos e da organização, para decidir sobre a certificação do SGQ;

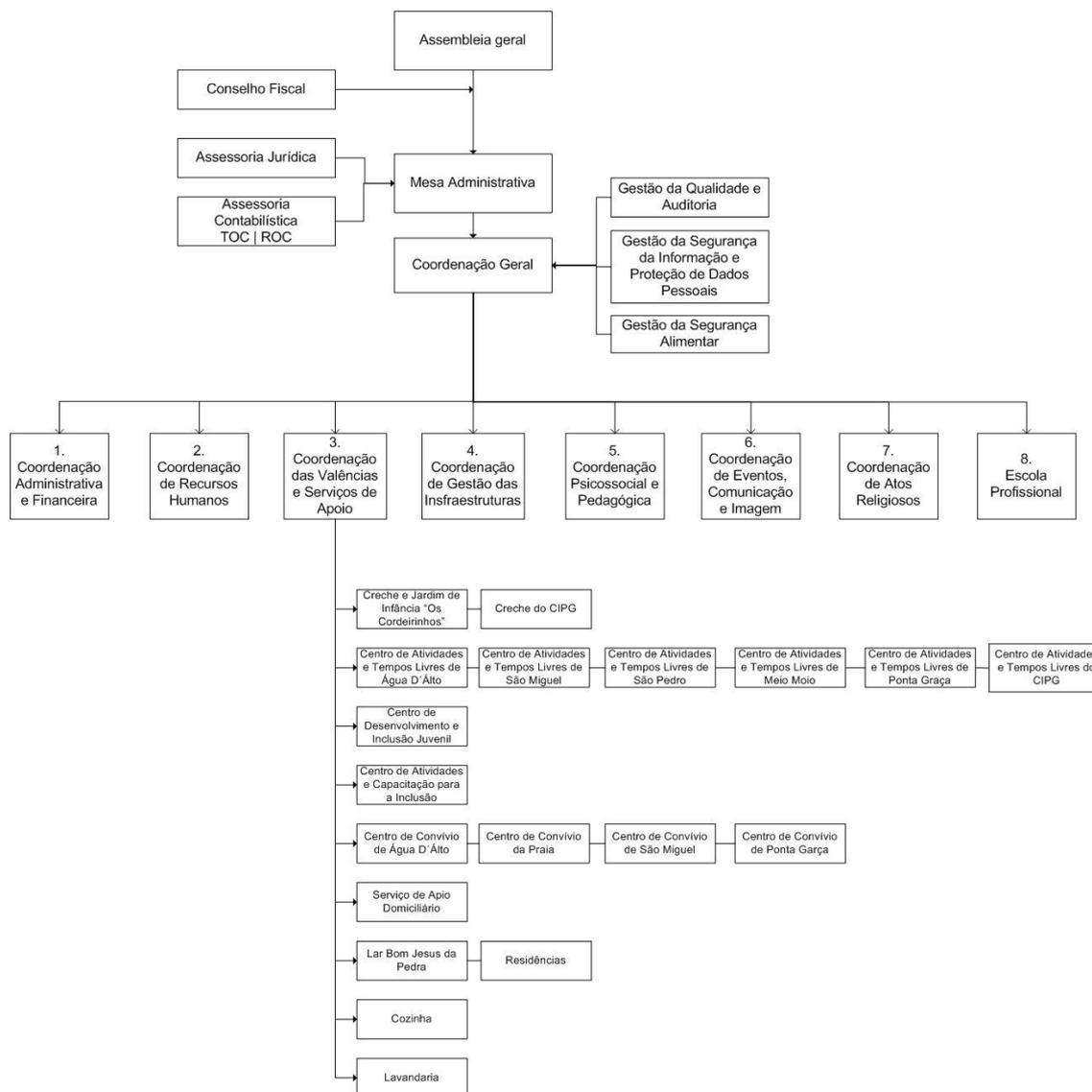
- Impulsionar uma cultura organizacional que facilite e promova a proximidade e o compromisso com as pessoas carenciadas e com a comunidade;
- Assegurar o aumento do conhecimento organizacional pela aprendizagem coletiva e pela qualificação contínua das pessoas, seguindo uma gestão moderna das pessoas, para um melhor desempenho organizacional;
- Garantir que todas as tomadas de decisão são baseadas em informação recolhida nas Áreas-Chave, assegurando práticas organizacionais transparentes, equitativas e transversais;
- Assegurar a qualidade das respostas sociais;
- Gerar valor social para as pessoas (utentes/clientes) e as outras partes interessadas, num quadro de transparência, equidade e responsabilidade;
- Garantir o respeito pelos direitos das pessoas (utentes/clientes) e assegurar a sua compreensão e colaboração nas iniciativas coletivas e nos planos individuais de apoio social;
- Modernizar os processos de gestão da segurança da informação e da proteção dos dados;
- Assegurar um ambiente de trabalho adequado à gestão dos processos, garantindo uma gestão do risco pró-ativa no desenvolvimento das atividades;
- Envolver e procurar um compromisso com os parceiros e todas as partes interessadas relevantes para o desenvolvimento contínuo das ações sociais;
- Colaborar com todas as organizações que possam trazer mais-valia no cumprimento dos objetivos da Instituição;
- Assegurar um ambiente efetivo e permanente de auditoria para o controlo e a melhoria dos serviços, e do desempenho organizacional.

É certo que na Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo aquando a implementação da gestão da qualidade, já era manifesto a sua preocupação com a organização da sua abordagem por processos, de forma a delinear os circuitos de comunicação e hierarquização das funções e responsabilidades, sendo isto agora um complemento à intervenção face ao RGPC.

3.3. Estrutura Organizacional desta Santa Casa

A Santa Casa está organizada sob a forma hierárquica e funcional, tendo uma Assembleia Geral que coadjuva a sua atuação por intermédio da Mesa Administrativa, sendo esta constituída por um Provedor, Vice-Provedor, Secretário, Tesoureiro e Vogal. Por sua vez, a MA é apoiada na sua ação pelo Coordenador Geral (pela Convenção Coletiva do Trabalho designado como Secretário-Geral) que, por sua vez, tem sob a sua alçada várias áreas-chave que são chefiadas por coordenadores nomeados para o efeito.

Pelo exposto, apresenta-se o organograma da Instituição, de modo a expor a organização hierárquica interna.



Conforme se pode verificar no organograma exposto, a Santa Casa dispõe de dezassete valências e duas áreas de serviço que apoiam a atividade destas. Deste modo, verifica-se que a instituição apoia a sua atuação em três áreas fundamentais: infância, jovens e idosos, tendo as devidas respostas para cada uma delas. Para o desempenho da atividade da instituição nas várias faixas etárias de atuação, existem várias categorias profissionais devidamente protegidas legalmente e refletidas no Manual de Funções, versão 14^a, desta Santa Casa, de forma a prosseguir com a missão existente. Neste sentido, no anexo I estão descritos os responsáveis em termos de dirigentes e coordenadores/diretores por valências.

4. Programa de Cumprimento Normativo

A existência de um mecanismo que controla ações de corrupção advém da necessidade de integrar nas instituições públicas, privadas ou outras o controlo da sua atuação, de forma a combater conflitos de interesse, a ausência da integridade e imparcialidade na atuação das instituições. Este plano deve ser cumprido por toda a estrutura hierárquica, de forma a que todos os intervenientes e canais de comunicação estejam de acordo com o cumprimento normativo.

O programa de cumprimento normativo deve contemplar um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (PPR), um código de conduta, um programa de formação e um canal de denúncias (...)." (Decreto-lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, capítulo II, artigo 5º, alínea 1)

4.1. Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Salienta-se que o PPR deve abarcar toda a Instituição onde é implementado, incluindo, no caso desta Santa Casa, a Mesa Administrativa, os Coordenadores e colaboradores apensos às valências, serviços operacionais ou de suporte. Para tal é fundamental que em cada área de atuação se identifique os riscos para que estes possam ser analisados e classificados pelo seu grau de probabilidade de ocorrência e, conseqüentemente, impacto destes, devendo refletir sobre as medidas preventivas e corretivas para fazer face a estes riscos.

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas é exposto a avaliações e reavaliações, em que outubro é elaborado o relatório de avaliação intercalar para as situações de risco elevado ou máximo; no ano seguinte da execução do PPR, em abril, é realizado o relatório de avaliação anual em que identifica as medidas preventivas e curativas e o prazo para a sua intervenção.

Em situação de normalidade o PPR é revisto a cada 3 anos, salvo se houver alguma alteração que justifique a sua revisão antecipada a este prazo.

Este plano tem que ser divulgado na instituição a todos os colaboradores, podendo ser feito pela intranet e na página oficial da instituição no prazo de dez dias desde a sua implementação e respetivas revisões ou elaboração (Cf. Decreto-lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, capítulo II, artigo 6º, ponto 2, alínea 6).

4.2. Código de Conduta

O código de conduta da Santa Casa é a expressão teórica do compromisso institucional para com o respeito pelos direitos humanos, liberdade, responsabilidade, autonomia, lealdade, imparcialidade e justiça social. Neste código são identificadas as sanções disciplinares que

podem ser aplicadas no caso de incumprimento das regras nele contidas e as ações criminais aplicadas a atos de corrupção e infrações conexas (cf. Decreto-lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, capítulo III, artigo 7º, ponto 2). De forma geral por cada infração é emitido um relatório com a identificação das regras incumpridas, bem como a sanção a aplicar e as ações a desenvolver conforme definido para o controlo interno.

A nível de prazos este código à semelhança do PPR deve ser divulgado na intranet ou ou pela página oficial online da instituição num prazo de dez dias deste a sua elaboração, implementação ou revisão.

4.3. Canal de Denúncias

O canal de denúncias é o meio existente nas instituições para receberem as denúncias feitas quer interna, quer externamente, de acordo com o RGPD, conforme previsto no Regime Geral de Proteção de Denunciantes de Infrações (RGPDI), disposto na Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro.

Para além da plataforma que constitui o canal de denúncias, estas também podem ser feitas verbalmente, sendo estas aceites por telefone ou através de meios de mensagem de voz, em ato presencial.

Quanto a prazos, a instituição dispõe de sete dias desde a receção da denúncia para notificar o denunciante da receção desta. Sucede-se então a averiguação dos factos e, se dados apurarem derem indicação, com abertura de inquérito ou fazendo a comunicação a autoridade competente para investigação da infração. Para este processo, a instituição dispõe de três meses a partir da data da denúncia, em que também terá de dar informação ao denunciante sobre as medidas previstas ou adotadas para dar seguimento a esta (Cf. Lei n.º 93/2021 de 20 de dezembro, capítulo II, artigo 11º).

Após abertura de inquérito, as instituições competentes e responsáveis pela denúncia, têm quinze dias para dar informação ao denunciante sobre o processo (Cf. Lei n.º 93/2021 de 20 de dezembro, capítulo II, artigo 11º, ponto 4).

Caso a denúncia externa não seja dirigida à entidade competente, deve-se remeter à mesma, informando o denunciante do feito. Na eventualidade da denúncia não ter entidade competente para tratar da denúncia, esta deve ser dirigida ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC).

Com o exposto, pelo site oficial da Santa Casa é possível preencher um formulário de denúncia de atos de corrupção e infrações conexas.

4.4. Programa de Comunicação e Formação

A instituição assegura um plano de formação tanto aos Órgãos Sociais, assim como a todos os colaboradores, de forma a explicar e transmitir os procedimentos a adotar para a prevenção da corrupção e de infrações conexas. A formação é organizada de acordo com os riscos associados a cada atividade presente na instituição e, por isso, a carga horária da formação depende dos conteúdos necessários abordar em cada um dos processos.

As horas de formação ministradas contam para a carga horária de formação que a entidade patronal tem de disponibilizar aos funcionários (pelo menos 40 horas).

4.5. Responsável pelo Controlo do Cumprimento Normativo

O responsável pelo controlo do RGPC deve ser um elemento da direção ou alguém equiparado que tenha estrutura de conhecimento e de controlo da legislação que faça face às necessidades legais para que ter autonomia decisória sobre as situações a tratar.

Por forma a assegurar o cumprimento normativo através da sua aplicação e o controlo, a Santa Casa nomeou esta pessoa para que através dos instrumentos de trabalho e comunicação mencionados no capítulo III, artigo 5º, ponto 1, se consiga prevenir atos de corrupção e infrações conexas.

Todavia, embora esteja nomeado o responsável pelo cumprimento normativo, cumpre à Mesa Administrativa tomar conhecimento da ação desenvolvida, de forma a ter conhecimento sobre as intervenções tidas e concretizadas.

5. Disposições Aplicáveis

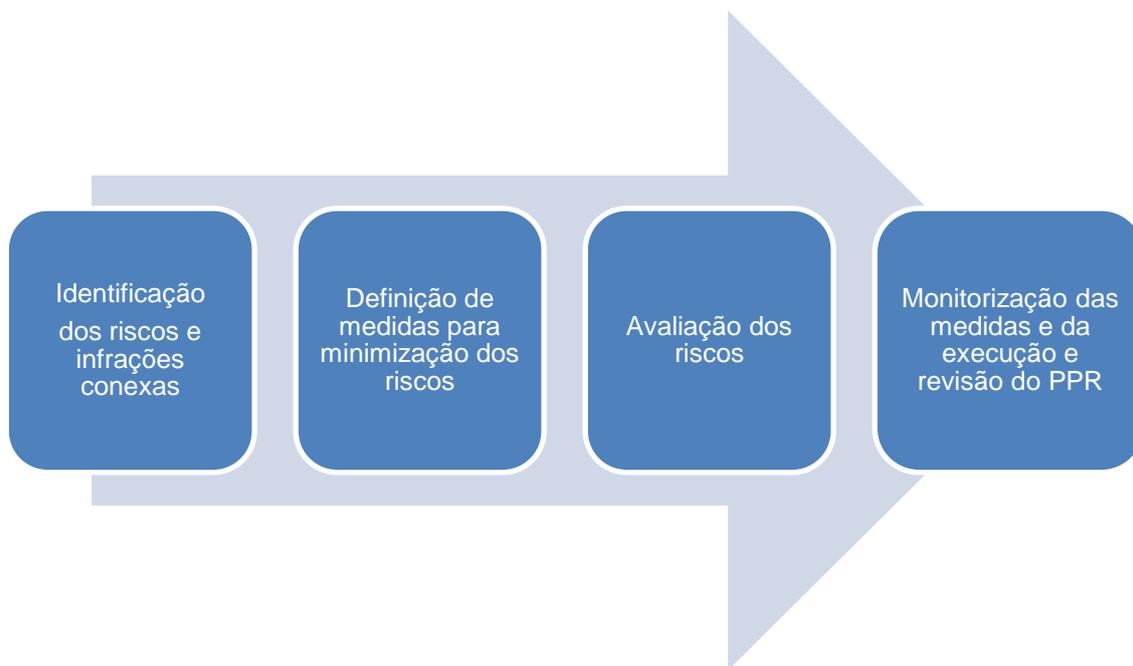
O RGPC determina alguns parâmetros que as entidades públicas devem cumprir, contudo atendendo ao Decreto-lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, anexo, capítulo III, seção III, artigo 17º, ponto 1 refere que “as entidades privadas abrangidas implementam procedimentos e mecanismos internos de controlo que abranjam os principais riscos de corrupção identificados no PPR.”, entendendo-se que sendo uma instituição de diferente cariz, terá de cumprir, no mínimo, os requisitos elencados no artigo 15º sobre o sistema de controlo interno.

5.1. Sistema de Controlo Interno

O sistema de controlo interno é projetado de acordo com a dimensão organizacional e operacional da instituição, em que no caso da Santa Casa, o mesmo é refletido com base na concretização dos processos para a implementação da gestão da qualidade. Neste sentido, é da responsabilidade da Santa Casa cumprir com os procedimentos instituídos para que garanta os dispositivos elencados no Decreto-lei n.º 109-E/2021, seção II, artigo 15º, ponto 3.

6. Metodologia da Elaboração do Plano de Prevenção e Infrações Conexas

De forma a organizar e assegurar o controlo de riscos a atividades suscetíveis a atos de corrupção e de infrações conexas, a Santa Casa adotou as seguintes etapas de concretização:



Este é um esquema de trabalho e de organização interna que visa uma orientação dinâmica sobre as tarefas principais a adotar contra as situações internas e/ou externas que possam constituir perigo para atos de corrupção e infrações conexas, de forma a mitigar os riscos inerentes à atividade.

6.1. Identificação dos Riscos e Infrações Conexas

Para que se consiga identificar os riscos e infrações conexas é necessário haver um conhecimento global sobre as atividade da Santa Casa, de modo a cobrir os riscos associados a esta e estabelecer as medidas adequadas e que consigam blindar ao máximo a sua intervenção.

Como forma de supervisionar todos as áreas de intervenção da instituição, a informação disponível que proporcionou organizar o sistema da qualidade para a sua implementação é uma ferramenta fundamental para se poder analisar cuidadosamente as áreas de atividade existentes e, inerentemente, os riscos associados.

6.2. Definição de medidas e minimização dos riscos

As medidas instituídas são fundamentais para a mitigação dos riscos, atendendo aos efeitos devastadores que estes podem trazer à instituição. Desta forma, estas medidas aquando a sua

definição manifestam-se como realistas, adaptadas e exequíveis, estando pensadas no contexto da Santa Casa e nas adversidades constantes que estão inerentes à atividade e operacionalização desta.

6.3. Avaliação dos riscos

A avaliação dos riscos manifesta-se como fundamental para identificar os pontos críticos que podem condicionar a atividade, assim como o seu desempenho. Neste sentido, avaliou-se os riscos associados aos processos instituídos na Santa Casa, de modo que se consiga escrutinar detalhadamente as atividades inerentes a cada etapa, em que para isso os riscos foram classificados com base na metodologia presente no Guia n.º 1/2023, de setembro de 2023, do MENAC.

O processo de avaliação de riscos é algo dinâmico, pelo que será importante fazer revisões também com os responsáveis pelas atividades inerentes aos processos, de modo a que a avaliação esteja coadunada com a realidade da atividade.

Para realizar a avaliação dos riscos estes tiveram de ser divididos em duas variáveis: probabilidade (PO) e impacto previsível (IP) da ocorrência de situações de risco e infrações conexas, sendo que o produto de ambas permite-nos considerar o nível de risco (NR) associado. Neste sentido, teve-se de estabelecer níveis relevância para os riscos, atendendo tanto à PO, como ao IP.

Probabilidade de Ocorrência (PO)	
Baixa (1)	Possibilidade de ocorrência baixa, havendo forma de controlar o seu acontecimento por intermédio das medidas de controlo já existentes
Média (2)	Possibilidade de ocorrência baixa, havendo forma de controlar a sua ocorrência não só pelas medidas existentes, mas por outras complementares
Alta (3)	Forte possibilidade de ocorrência, necessidade de instaurar medidas corretivas

Impacto previsível de Ocorrência (IP)	
Baixa (1)	Impacto na eficiência do processo, mas sem provocar prejuízos financeiros e imagem e credibilidade institucional
Média(2)	Impacto moderado na eficiência e eficácia do processo, bem como sobre a estratégia, vertente financeira, imagem e credibilidade institucional
Alta (3)	Forte impacto na eficiência e eficácia do processo, bem como sobre a estratégia, na sua vertente financeira. Impacto gravoso na imagem e credibilidade institucional.

Com base nestas variáveis consegue-se alinhar uma matriz de risco que nos permite classificar o nível de risco.

Matriz de Risco				
Nível de Risco (NR)		Probabilidade de Ocorrência (PO)		
		1	2	3
Impacto previsível (PI) de ocorrência	1	1	2	3
	2	2	4	6
	3	3	6	9
Baixo (1 ou 2) Médio (3 ou 4) Elevado (6) Máximo (9)				

A intervenção de acordo com o risco varia conforme o seu nível, atendendo que quanto maior o NR, maior urgência existe na aplicação de medidas e monitorização da sua aplicabilidade. Conforme se pode verificar na anterior tabela, a cor demonstra a severidade do nível de risco.

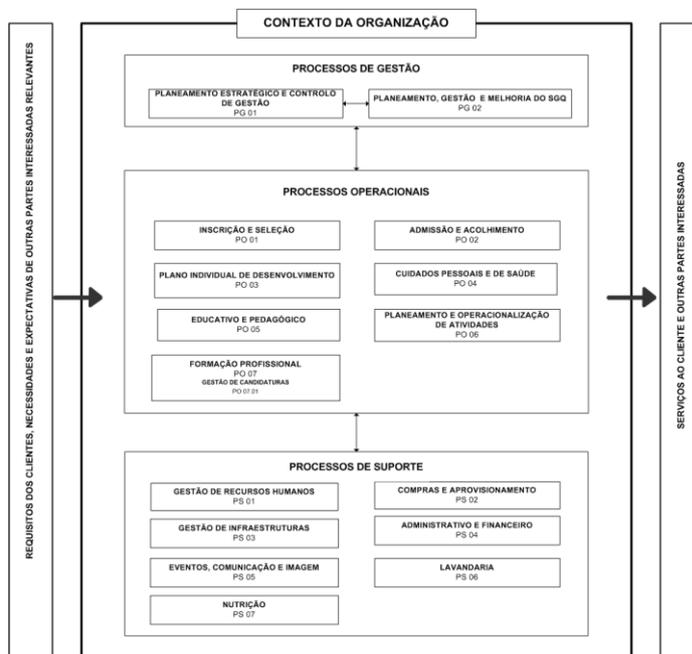
6.4. Monitorização das medidas e da execução e revisão do PPR

Estando os riscos identificados e as medidas definidas para os monitorizar, diz respeito aos responsáveis por tratar estes riscos, de reportar a informação recolhida aquando a monitorização destes ao Responsável pelo Cumprimento Normativo (RCN) para que esta informação conste dos Relatórios de Avaliação do PPR, nas prazos legais.

7. Mapa de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Estando o processo organizado para a prevenção da corrupção e infrações conexas identificadas na Santa Casa, elaborou-se um mapa de riscos que evidencia por processo as atividades em que a instituição deve controlar as situações para não incorrer em ações desviantes

Os processos auscultados foram:



O mapa com a identificação dos riscos encontra-se no anexo II.

7.1. Controlo e Monitorização do PPR

O controlo e monitorização do PPR é realizado sempre que necessário ou conforme requisitos legais aplicáveis. Assim sendo, o responsável pela verificação e acompanhamento do plano deve manter-se ativo quanto ao seu papel de supervisão das atividades inerentes ao processo, de forma a controlar e ter a informação necessária nos prazos requeridos, conforme consta no Decreto-lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, anexo, capítulo III, artigo 6º, ponto 4:

- Elaboração, no mês de Outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo;
- Elaboração, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, de relatório de avaliação anual, contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventiva e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua plena implementação.

Salienta-se que o plano deve ser revisto a cada três anos, caso não haja alguma situação que se justifique em tempo anterior a este.

ANEXO I

Mesa Administrativa	Provedor	Maria Eugénia Leal
	Vice-Provedor	Paulo Alexandre Duarte
	Tesoureiro	Luís Filipe Gomes
	Secretário	Hélder Herculano Medeiros
	Vogal	Cidália Maria Lima
Mesa da Assembleia Geral	Presidente	José Alfredo Borges
	Vice-Presidente	Rui Nelson Amaral
	Secretária	Marina de Fátima Madeira
Conselho Fiscal	Presidente	Vitória Maria Cunha
	Vice-Presidente	Rodrigo Vieira
	Secretária	Bruno Miguel Machado
	Coordenador Geral	Rui Rainha
	Coordenador Administrativo Financeiro	Rodrigo Vieira
	Coordenador de Recursos Humanos	Maria Luísa Teves
	Coordenador das Valências e Serviços de Apoio	Rui Rainha
	Coordenador de Gestão das Infraestruturas	Henrique Costa
	Coordenador Pedagógica	Cristina Frias
	Coordenador de Eventos, Comunicação e Imagem	Luís Melo
	Coordenador de Atos Religiosos	Luís Gomes
Escola Profissional	Diretora Executiva	Vitória Paiva
	Diretor Pedagógico	Pedro Soares
	Diretor Financeiro	André Branco
Creche e Jardim-de-Infância Os Cordeirinhos	Diretora Pedagógica	Maria João Araújo
Creche do Centro Intergeracional de Ponta Garça	Diretora Pedagógica	Andreia Sousa
CATL de Água D'Alto	Diretora Pedagógica	Laura Sampaio
CATL São Miguel	Diretora Pedagógica	Inês Moniz
CATL São Pedro	Diretor Pedagógico	Flávio Pacheco
CATL Meio Moio	Diretor Pedagógico	Wilson Simas
CATL Ponta Garça	Diretora Pedagógica	Daniela
CDIJ Pedra Segura	Coordenadora	Sara Silva
CACI	Coordenadora	Ana Sofia Aguiar
Centros de Convívio	Coordenadora	Andreia Moniz
SAD	Diretora Técnica	Andreia Moniz
Lar Bom Jesus da Pedra e Residências	Diretora Técnica	Marina Tavares
Cozinhas e Lavandaria	Coordenadora de Serviços	Cidália Lima

Anexo II

Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo							
Identificação do Processo	Identificação do Risco	PO	IP	NR	Medidas Preventivas e Corretivas Aplicar	Período de Implementação	Responsáveis
Planeamento Estratégico e Controlo de Gestão	Gerir as atividades correntes da Instituição sem respeitar o RGPC e Código de Conduta	1	2	2	Divulgar e publicar os relatórios de avaliação conforme requerido Decreto-lei nº 109-E/2021, anexo, cap.III, ART.6, ponto 4 E 5.	Outubro e Abril	Mesa Administrativa
	Decidir desrespeitando o interesse público, em proveito próprio, em situação de manifesto conflito de interesses, prevaricando e tráfico de influências	2	3	6	Participar de ações formação e comprometer-se a conhecer o RGPC e o Código de Conduta em vigor na instituição.	1º trimestre 2025	
					Conhecer a lei aplicável relativa às ações de corrupção e infrações conexas	Imediato	
					Comprometer-se a organizar uma reunião de coordenadores anual (ou sempre que a legislação se altere) para revisão do RGPC e Código de Conduta	2º trimestre 2025	
	Existência de conflitos de interesse que colocam em causa os valores e princípios definidos no Código de Conduta e no RGPC	1	3	3	Sempre que necessário, os colaboradores e Membros do Órgãos Sociais, devem indicar as suas declarações de interesses em situações de manifesto conflito de interesses, as quais devem ficar registadas em Ata	Sempre que existirem situações propensas a conflito de interesses	
Tomar decisões que visem a desrespeito, humilhação despromoção dos colaboradores	2	2	4	Atender, com responsabilidade, integridade, justiça, imparcialidade e respeito pela dignidade dos colaboradores atribuindo-lhes competências que estejam de acordo com as respetivas áreas de competência e formação	Sempre		
Planeamento, gestão e Melhoria do SGQ	Desconhecimento da legislação aplicável ao RGPC	2	3	6	Promover a formação dos dirigentes para melhor conhecimento do RGPC.	Até 2º trimestre 2025	Gestor da Qualidade
	Deturpar o sistema em proveito próprio	2	3	6	Manter a visão estratégica dos dirigentes e supervisão alinhada com a correta organização das atividades no processo	2025	
	Não cumprir com procedimentos de controlo interno e que comprometam a legalidade	2	3	6	Conhecer a lei aplicável contra às ações de corrupção e infrações conexas	1º trimestre 2025	
Inscrição e Seleção	Favorecer a seleção de candidatos, contrário aos critérios de seleção em vigor em regulamento interno aplicável à valência	2	2	4	Formação acerca da aplicação de gestão de utentes	3º trimestre 2025	Coordenador das valências e serviços de apoio
					Participar das formações e comprometer-se a conhecer o RGPC e o Código de Conduta em vigor na instituição.	Até 2º trimestre 2025	
	Correta análise documental, de acordo com a Portaria em vigor e com os prazos instituídos, de forma a evitar favorecimentos e a desajustação e insuficiência de critério objetivos	1	2	2	Conhecer a legislação aplicável à área de atuação, nomeadamente infância (Portaria 90/2002 de 12 de setembro alterado pela portaria 122/2015 de 28 de setembro retificado pela declaração de retificação nº2/2015 de 28 de setembro e alterada pela Portaria nº 5/2016 de 26 de janeiro; Portaria n.º 2/2003, de 16 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 38/2004, de 20 de maio, e pela Portaria n.º 122/2015, de 28 de setembro, retificada pela Declaração de Retificação nº 2/2015, de 28 de outubro e alterada Portaria n.º 5/2016, de 26 de janeiro); idosos (Portaria 93/2003 de 27 de novembro Despacho Normativo n.º 11/2016 de 16 de Fevereiro de 2016 alterado pelo Despacho Normativo n.º 51/2019 de 21 de novembro de 2019 e mais tarde pelas aprovações anuais dos Acordos Base com o ISSA)	Imediato	
	Não cumprir com as regras previstas nos regulamentos internos da instituição	2	3	6	Sempre que necessário, a Diretora Técnica Pedagógica da instituição e respetivos coordenadores devem recomendar possíveis melhorias aos regulamentos internos de forma que estejam alinhados com a prática	Sempre que necessário	
	Adulterar a minuta do contrato de prestação de serviços em vigor em prol de beneficiar algum utente	1	2	2	Respeitar a minuta contratual, de forma uniformizada e igualitária para todos os utentes	A cada admissão, renovação matrícula ou reformulação contratual	
Admissão e Acolhimento	Discriminação do utente por omissão ou não aplicação correta do processo definido no programa de acolhimento	2	2	4	Dar formação a toda a equipa sobre o programa de acolhimento	3º trimestre 2025	Coordenador das valências e serviços de apoio
	Não atender às necessidades específicas do utente no decorrer da sua frequência na valência	1	3	3	Estabelecer reuniões periódicas para discussão de casos e adequar a intervenção, com o cuidado para não discriminar ou privilegiar	Mensal	
Plano Individual de Desenvolvimento	Alocar desadequadamente os recursos humanos face à lotação e às necessidades de intervenção nas valências	3	2	6	Cumprir, no mínimo, com os rácios de pessoal definidos em legislação em vigor de acordo com a tipologia da valência	Sempre	Coordenador Psicossocial e Pedagógico
	Não atender às necessidades do utente por omissão e negligência	2	3	6	Após a implementação do PID, monitorizar e determinar para reavaliar a sua execução e, se necessário reformular	Quinzenal	
Cuidados Pessoais e de Saúde	Negligenciar os cuidados de saúde, higiene e conforto aos utentes	1	2	2	Cumprir com as atividades previstas no processo SGQ	Sempre	Diretor Técnico
	Não efetuar os registos essenciais ao controlo da prestação de cuidados de saúde, higiene e conforto aos utentes	2	1	2	Garantir que os registos são devidamente preenchidos	Sempre	
Educativo e Pedagógico	Não cumprir com as diretrizes definidas no Decreto Regulamentar Regional n.º 17/2001/A, de 29 de novembro, podendo interferir com a programação definida para reuniões de conselho pedagógico, elaboração do Projeto Educativo da instituição, incumprimento das componentes letivas/não letivas, com interferência na qualidade da prestação dos cuidados	2	2	4	Conhecer a legislação aplicável à área de atuação	Imediato	Coordenador Psicossocial e Pedagógico
	Não cumprir com o Projeto Educativo e planificações pedagógicas que possam interferir e prejudicar o correto desenvolvimento da criança, atendendo à sua faixa etária	2	1	2	Agendar reuniões periódicas para ser reavaliado se estão a ser aplicadas as atividades do processo	Bimensal	

Planeamento e Operacionalização de Atividades	Exposição de dados sensíveis e de imagem de forma não autorizada	2	3	6	Cumprir com os consentimentos e autorizações	Sempre	Coordenador de Eventos, Comunicação e Imagem
	Utilização indevida e não autorizada para prejudicar entidades ou indivíduos	1	3	3	Sensibilizar os trabalhadores para a ética profissional, conhecimento do RGPC e Código de Conduta e divulgar o regime sancionatório disciplinar e criminal para infrações	1º trimestre 2025	
	Ausência de plano e relatório de atividades	2	2	4	Elaboração dos planos e relatórios de atividades nos prazos definidos em reunião e registados em ata	Nos prazos estipulados em ata	
	Instalação de software não autorizado licenciado	1	3	3	Realizar ações de verificação periódica da conformidade do software	Anual	
	Não atualização e divulgação do Plano de Comunicação	2	1	2	Divulgar e dar formação aos colaboradores sobre o Plano de Comunicação	Anual	
Formação Profissional	Favorecimento na contratação de formadores/professores, não respeitando um processo de contratação imparcial e isento	1	3	3	Aplicar sistema de recrutamento imparcial e isento	Sempre	Diretor Executivo
	Enviar a avaliação dos formadores/professores em proveito ou benefício de terceiros	2	3	6	Criar um sistema de avaliação equitativo e na sua maior parte quantitativo, sendo possível de ser medido	Até 3º trimestre 2025	
	Não cumprimento por omissão propositada dos contratos com a DRQPE relativos ao financiamento dos cursos	1	3	3	Atender às obrigações e deveres estipulados nos contratos de financiamento dos cursos	Aquando candidaturas e no decorrer dos cursos	
Gestão de Recursos Humanos	(Des)Favorecimento de candidatos por existência de conflito de interesses	2	2	4	Estabelecer critérios para a constituição do júri para proceder às entrevistas e avaliação através destas	A cada processo de seleção	Coordenador de Recursos Humanos
					Sensibilizar os membros do júri para a importância de manifestarem formalmente o seu pedido de escusa (declaração de interesse) quando existam conflitos de interesse	Antes da seleção	
					Garantir a assinatura de Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses nos processos de recrutamento e seleção	Antes da seleção	
	Não atender quando for possível ou desfavorecer os colaboradores quando peçam mobilidade para outra valência	2	2	4	Registrar em ata os pedidos de mobilidade e fundamentar as decisões	A cada pedido de mobilidade	
	Utilizar mão de obra oriunda de programas ocupacionais para suprir necessidades permanentes que torna a estabilidade de RH na instituição insuficiente	3	3	9	Renegociar os contratos com o Governo, de forma a possibilitar o reforço para a contratação	Até 4º trimestre 2025	
	Utilização indevida de dados pessoais - RGPD	2	3	6	Garantir a confidencialidade e sigilo dos dados, assegurando a participação em ações de formação e sensibilização dos colaboradores	Até 3º trimestre 2025	
	Ineficácia no controlo da assiduidade, de forma equitativa por falta da devida informação e justificação do seu responsável, criando desigualdade e desfavorecimento entre colaboradores	3	3	9	Assegurar uma metodologia uniforme e eficaz do controlo da assiduidade	Até 2º trimestre 2025	
Beneficiar contratualmente trabalhadores por conflito de interesses ou conhecimento pessoal	1	2	2	Estipular critérios objetivos e verificáveis, de acordo com o perfil necessário para a função	A cada processo de seleção		
Compras e Aprovisionamento	Beneficiar fornecedores em detrimento de outros	2	2	4	Periodicamente comparar as condições de fornecimento, do ponto de vista dos preços praticados, qualidade em que os produtos são fornecidos (temperaturas)	Trimestralmente	Coordenador de Serviços
	Ausência de controlo eficaz da gestão de stocks, podendo gerar apropriação indevida de bens	3	2	6	Assegurar que são cumpridos os procedimentos de receção, verificação e avaliação dos bens adquiridos	A cada receção	
					Garantir a formação e uso ao módulo de gestão de stocks adquirido pela Instituição para controlar e gerir a atribuição de mercadoria às valências e a sua rastreabilidade	Até 3º trimestre 2025	
					Criar condições físicas (armazém) adequadas para a receção e controlo de mercadoria	2025	
					Promover a utilização de folha de ocorrências para reportar material obsoleto	Até 2º trimestre 2025	
Ausência da avaliação de fornecedores existindo o risco de beneficiar os mesmos fornecedores	2	2	4	Criar um sistema de avaliação de fornecedores com critérios definidos	Até 3º trimestre 2025		
Gestão de Infraestruturas	Não atender a prioridades de intervenção de manutenção, com intuito de favorecer prestadores de serviço	1	3	3	Assegurar a existência de um plano de manutenção, com prioridades definidas	Até 3º trimestre 2025	Coordenador das Infraestruturas
	Ausência de atualização do Plano de Manutenção da instituição, colocando em causa o património edificado	1	3	3	Assegurar o levantamento de necessidades de conservação e reabilitação e planear, orçamentar e controlar as ações de intervenções necessárias	Até 4º trimestre 2025	
					Disponibilizar os recursos necessários para a gestão de atividades de manutenção e conservação	A cada situação	
	Utilização indevida de veículos automóveis	1	2	2	Verificação do sistema de geolocalização	Semanal	
	Pedido constante de orçamentos, sem a resolução e fecho dos mesmos, criando uma imagem de ineficiência da instituição	2	1	2	Estipular prazos de resposta específicos	Até 2º trimestre 2025	
Possibilidade de apropriação ou utilização indevida de bens, considerando alguma insuficiência na informação cadastral ou desatualizada ou não inventariação do património nos Ativos Fixos Tangíveis	2	3	6	Haver um sistema que verifica a reconciliação anual do património	2025		
				Inventário móvel e imóvel e que crusa com o o balanço contabilístico e caso existam pendências administrativas que impeçam a identificação nos Ativos Fixos Tangíveis que a situação seja anualmente identificada e reconhecida no "Anexo ao Balanço"	Até 3º trimestre 2025		

Administrativo e Financeiro	Omissão e incumprimento dos contratos estabelecidos com o ISSA e outras entidades governamentais	1	3	3	Proceder à revisão, sempre que necessário, das condições contratuais acordadas com o ISSA	Sempre que necessário	Coordenador Administrativo Financeiro
					Haver um sistema de controlo redundante em excel dos contratos assinados e em execução de forma a se evitar erros	Imediato	
	Processamento indevido de vencimentos, suplementos, dias de férias, etc	1	2	2	Garantir a especialização de funções, a verificação de alterações legais e a redundância administrativa para ser possível mais que um técnico apanhar algum erro	2025	
	Não publicitação do relatório e contas anual no endereço eletrónico da Santa Casa - acarreta o risco de distorção dos Órgãos Sociais	1	3	3	Publicar anualmente o Relatório e Contas no endereço eletrónico da Santa Casa até maio de cada ano	Janeiro	
	Não acompanhar as alterações legais aplicáveis à atividade corrente	2	3	6	Garantir a supervisão através de revisor oficial de contas e Supervisão e acompanhamento por Técnico Oficial de Contas	Anual	
					Promover formação	Anual	
	Existência de movimentos bancários não documentados	2	2	4	Assegurar a realização das reconciliações bancárias	Mensal	
	Pagamento em duplica a fornecedores	1	2	2	Assegurar a reconciliação dos saldos dos fornecedores devidamente fundamentado com documento de controlo de despesa	Mensal	
	Inadequado enquadramento da despesa na respetiva rúbrica contabilística e no respetivo centro de custos	2	1	2	Assegurar a aplicação do Sistema de Normalização Contabilístico do sector não lucrativo e supervisionado pelo TOC e ROC	Anual	
	Desvio de montantes liquidados das folhas de caixa ou de tesouraria	1	3	3	Assegurar o controlo e fechos do caixa por sistema informático que permita realizar a reconciliação dos documentos de despesa e receita	Mensal	
	Ocultação de informação financeira relevante aos Revisores Oficiais de Contas	1	3	3	Comprometer os Órgãos Sociais e colaboradores com funções de responsabilidade na área, com os valores da ética, da integridade, da responsabilidade, da competência e do compromisso, de acordo com o Código de Conduta e o RGPC	1º trimestre 2025	
					Aferição de que os procedimentos de lançamento contabilístico, reconciliações bancárias, soft de terceiros, saldos de clientes, encontram-se em conformidade e disponibilizando toda a informação ao TOC e ROC	Anual	
	Incumprimento dos deveres de preservação devido a desadequada ou desconhecimento à regulamentação em vigor	2	2	4	Assegurar que o arquivo é mantido em condições de dentro dos prazos legais	Mensal	
	Favorecimento de fornecedores, não alargando o leque de fornecedores e ou prestadores de serviços	2	2	4	Assegurar o cumprimento do CCP e Decreto Legislativo Regional n.º 27/2015/A de 29 de dezembro de 2015	Sempre	
Uso de critérios de avaliação adequados no Caderno de Encargos que permitam medir e avaliar de forma objetiva					Até 3º trimestre 2025		
Uso desadequado do regime de contratação pública	1	3	3	Assegurar o cumprimento do CCP e Decreto Legislativo Regional n.º 27/2015/A de 29 de dezembro de 2015	Sempre		
Conflitos de interesses que ponham em causa a transparência do procedimento	1	3	3	Garantir a assinatura da declaração de interesses no âmbito do CCP	1º trimestre 2025		
Controlo dos prazos de execução dos contratos	2	2	4	Haver um cronograma que controla a execução das várias fases de execução do contrato	2º trimestre 2025		
Eventos, Comunicação e Imagem	Controlo desadequado e ineficaz dos eventos	2	2	4	Assegurar que existe um Plano Anual de Atividades por valência, e outro de eventos que são comuns a todas as valências de modo a ser possível a articulação, com estrutura, calendarização, eventos/atividades, recursos necessários, etc	Anual	
					Assegurar a articulação entre os diversos coordenadores, a Mesa Administrativa e o Coordenador da área por forma a que a comunicação das atividades ocorra nos momentos pré-estabelecidos e definidos	Sempre	
					Assegurar que são preenchidas e assinadas as minutas com as devidas autorizações e consentimentos de imagens e de outros dados sensíveis de utentes, funcionários e terceiros	A cada admissão	
Uso abusivo do canal de comunicação para divulgação de informação privilegiada em benefício próprio	2	2	4	Assegurar que os colaboradores participam de formação em RGPD e RGPC	1º trimestre 2025		
				Garantir que as partes interessadas assinaram as minutas de consentimento	Admissão ou na revisão processual		
Lavandaria	Uso abusivo do serviço de lavandaria em benefício próprio	1	2	2	Garantir que tudo o que entra na lavandaria é pesado e registado e que existe um sistema de controlo em excel para verificação de desvios ou de situações que pareçam anómalas	Diariamente	
					Garantir que os Mesários assinam um documento de não utilização de serviços que possam ser proveitosos para os próprios	Imediato	
Nutrição	Não cumprir com os planos de ementa com equilíbrio nutricional necessário por aquisição de bens favorecidos por entidades externas em ato de doação	3	3	9	Assegurar que existe um Plano de Ementas semanal e mensal elaborado por uma nutricionista e que qualquer alteração será mediante a sua autorização	Imediato	
					Elaboração do relatório da conformidade das refeições após ciclo de ementas e submissão superior	A cada ciclo de ementas	