

iasfa

Instituto de Ação Social
das Forças Armadas

Ao seu lado, hoje e sempre.

Handwritten notes:
8/2/23
ccc
[Signature]

Relatório de Execução Anual
do Plano de Prevenção de Riscos de
Corrupção e Infrações Conexas
2023

18/12

100

HA

Ficha Técnica

Título: Relatório de Execução Anual do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2023

Autoria: GAI

Data de edição: 31 de dezembro de 2023

Local de edição: IASFA - Instituto de Ação Social das Forças Armadas, Rua Pedro Nunes, 8, 1069-023 Lisboa



Índice

| | |
|--|----|
| Apresentação | 4 |
| 1. Finalidade | 6 |
| 2. Enquadramento Organizacional | 6 |
| 3. Metodologia | 8 |
| 4. Monitorização e execução | 11 |
| a. Estado global de implementação das medidas nas UO | 11 |
| b. Análise global por área de risco | 13 |
| c. Análise aos riscos com tolerância 4 (tolerável) | 15 |
| d. Análise aos riscos com tolerância "6" e "9" (elevado) | 17 |
| e. Medidas com ausência de progresso | 20 |
| f. Riscos sem medidas implementadas/parcialmente implementados | 20 |
| 5. Conclusão | 20 |
| 6. Considerações Finais | 21 |
| Lista de Siglas e Acrónimos: | 23 |

Apresentação

A elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRIC) enquanto instrumento de gestão e controlo interno na prevenção dos riscos de corrupção e de infrações conexas, assegura a prossecução de uma Política de Gestão de Risco no Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P. (IASFA).

A definição, implementação e avaliação do PPRIC, constitui uma responsabilidade do Conselho Diretivo e de todos os dirigentes, auscultando-se previamente todas as UO do IASFA diretamente envolvidas na implementação das medidas de prevenção de riscos.

O PPRIC foi revisto em 2022 e foi aprovado pelo CD estando em vigor para o período de 2022 a 2025. Em 24/7/2023 foi aprovado o relatório referente a 2022 tendo sido enviado ao MDN, IGDN, MENAC e CPC. Em 09/10/2023 foi aprovado por S. Ex^a a MDN e remetido ao IASFA através do ofício 3453 com a mesma data. O despacho exarado foi o seguinte:

“Visto.

Solicito ao IASFA que dê continuidade à implementação das medidas previstas no seu PPRIC, em particular das medidas de prevenção de riscos de grau elevado que transitaram de anos anteriores.”

Nos termos do Regulamento Interno do IASFA, art. 49º, 2.g. compete ao GACD *“Apresentar o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, acompanhar a execução das medidas de prevenção de riscos e propor a Revisão do Plano. Elaborar o Relatório de Execução anual.”* Todavia, nos termos da deliberação do Conselho Diretivo nº 24/2020, compete ao GAI *“Colaborar na elaboração dos instrumentos de gestão do IASFA, designadamente o Plano Estratégico, o QUAR, o Plano e o Relatório de Atividades anuais e o Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas, reunindo e integrando a informação necessária, e monitorizar a sua execução, quando aplicável”*.

Dando cumprimento ao disposto nessa recomendação, o IASFA elabora o presente relatório sobre a execução do PPRIC no ano 2023, medindo e avaliando o grau de implementação de cada medida de prevenção face aos riscos identificados no PPRIC em vigor a 31 de dezembro.



1. Finalidade

Elaborar um ponto de situação referente ao final de 2023 sobre a implementação das medidas mitigadoras contidas no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRIC) de 2023.

2. Enquadramento Organizacional

O IASFA é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio. Prossegue atribuições do Ministério da Defesa Nacional (MDN), sob superintendência e tutela do respetivo ministro, conforme disposto na legislação estruturante, o Decreto-Lei n.º 193/2012, de 29 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 35/2016 de 29 de junho.

a) Missão e valores

| | |
|---|---|
| Missão | |
| Garantir e promover a ação social complementar dos seus beneficiários e gerir o sistema de assistência na doença aos militares das Forças Armadas | |
| Visão | |
| Atingir o equilíbrio financeiro e conseguir melhorar o apoio prestado aos beneficiários | |
| Valores | |
| <p style="text-align: center;">Coerência</p> <p>Valorizamos as redes pessoais de pertença e de interação social dos nossos Beneficiários e famílias, desde as crianças, aos jovens e menos jovens, até aos mais idosos, dentro dos princípios de maior justiça social.</p> <p style="text-align: center;">Credibilidade</p> <p>Perante os Beneficiários, a Tutela e outros <i>stakeholders</i>, seja pela oportunidade e qualidade do apoio prestado ou pela fiabilidade da informação e capacidade de comunicação.</p> | <p style="text-align: center;">Governança</p> <p>Atuação ao nível dos sistemas de informação e da estrutura orgânica, melhorando os processos de reporte e decisionais.</p> <p style="text-align: center;">Transparência</p> <p>Conferir maior visibilidade e transparência aos resultados alcançados e aos atos de gestão interna.</p> |

O presente relatório será enviado ao MDN, à IGDN e ao MENAC.

Lisboa, 30 de abril de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo



Fernando de Campos Serafino

Tenente-General

A Vogal do Conselho Diretivo



Paula Costa

O Vogal do Conselho Diretivo



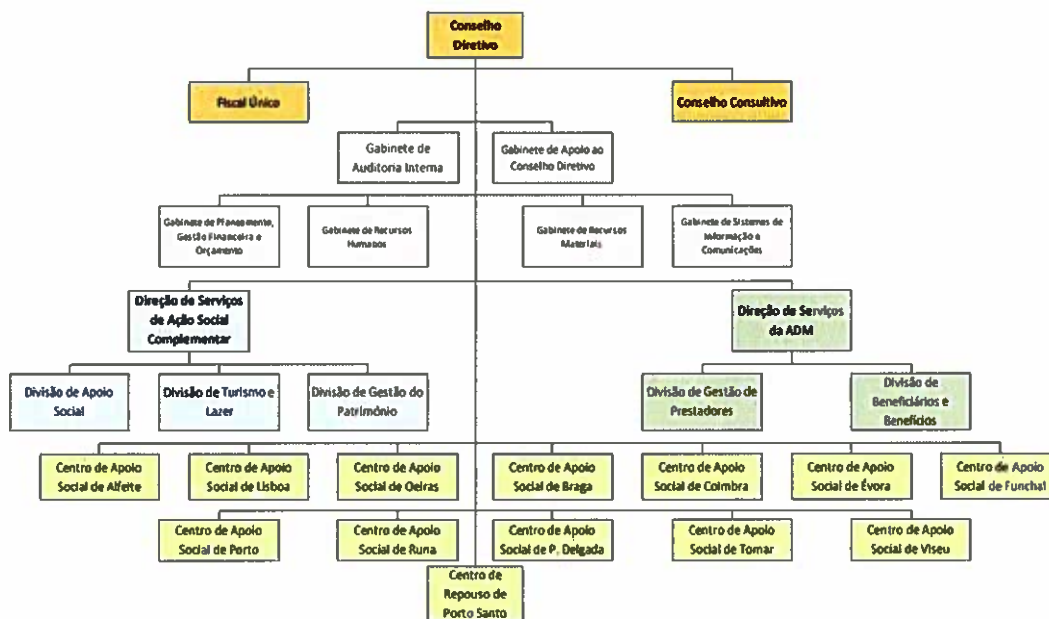
Manuel da Silva Lopes

b) Atribuições

As atribuições e competências do IASFA decorrem da Lei Orgânica do Ministério da Defesa Nacional, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 183/2014, de 29 de dezembro, e do Decreto-Lei n.º 193/2012, de 23 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 35/2016, de 29 de junho, que aprova a orgânica do IASFA. São, em concreto, atribuições do IASFA:

- ✓ Assegurar ações de bem-estar social, no quadro da ação social complementar (ASC);
- ✓ Assegurar a gestão do sistema de assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM);
- ✓ Promover a satisfação de necessidades sociais não cobertas por outros sistemas de assistência social;
- ✓ Promover, em colaboração com outras entidades ou serviços, a articulação e harmonização dos esquemas de prestações de ASC;
- ✓ Assegurar a adequada gestão das receitas, designadamente as provenientes de quotizações;
- ✓ Recolher e manter permanentemente atualizada a informação sobre o universo dos beneficiários e de benefícios concedidos;
- ✓ Promover a realização de estudos conducentes à melhoria da ASC desenvolvida e propor medidas ou instrumentos legais necessários;
- ✓ Divulgar, anualmente, os resultados apurados, por atividade, no âmbito da gestão da ADM e da promoção da ASC;

c) Estrutura Orgânica:

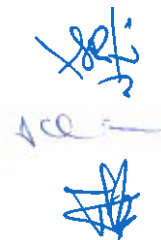


O Organograma do IASFA, está de acordo com a Portaria n.º 189/2013, de 22 de maio, o Despacho 05/2018 e a Deliberação do Conselho Diretivo do IASFA n.º 24/2020, a qual delibera a criação do Gabinete de Auditoria Interna.

3. Metodologia

Tendo em conta a natureza das Unidades Orgânicas (UO), agruparam-se as mesmas de acordo com a sua equivalência funcional e os riscos que lhes foram atribuídos foram idênticos. Assim os CASO, CASP e CASR (todos com ERPI) são em tudo semelhantes, no entanto com dimensões distintas. O CASA distingue-se pela componente de apoio escolar, uma vez que alberga uma creche e duas escolas básicas (uma delas da responsabilidade da autarquia). O CASL apesar da sua reduzida dimensão em recursos próprios, tem um elevado número de beneficiários na sua área geográfica de responsabilidade (cerca de 30% do total) e dispõe de um serviço de alimentação¹ bem

¹ Reiniciou o serviço em setembro de 2023



como de dois postos clínicos. O CEREPSA está centrado no apoio ao alojamento e restauração, sendo o seu período de maior atividade no Verão.

Assim e considerando o âmbito funcional de cada UO, foram avaliadas as medidas preventivas para mitigar ou neutralizar esses riscos.

A monitorização/avaliação da execução do PPRIC foi efetuada em articulação com as UO que responderam pela implementação das medidas de prevenção de riscos.

Nos anexos A e B estão caracterizados os riscos da seguinte forma:

- Lista de riscos;
- Caracterização dos riscos por PO/Impacto e medidas mitigadoras;
- Critério de atribuição dos riscos por UO, havendo riscos iguais distinguindo-se por "A" ou "B" caso tenha probabilidades de ocorrência ou medidas mitigadoras diferentes consoante a UO.

Na avaliação da implementação das medidas mitigadoras pretendeu-se aferir:

- Se as mesmas foram implementadas;
- Se os riscos identificados se podem considerar minimizados e controlados.

Nesse sentido o GAI (seguindo um seu critério para indexação e agilizar a análise), perante a diversidade das respostas e para proceder à sua análise, de forma estruturada, classificou² as mesmas como estando:

- implementadas (i);
- parcialmente implementadas (p);
- não implementadas (n);
- não respondidas (z);
- não aplicável (w)³.

² Critério nosso para indexação e agilizar a análise

³ Quando assim for indicado pela UO

Manteve-se a **graduação de riscos** do antecedente, associando às diferentes áreas de intervenção/processos duas variáveis: **probabilidade de ocorrência (PO)** e **impacto (I)**.

Manteve-se a classificação de cada uma dessas variáveis segundo três regras: baixa, média e alta.

Da conjugação das duas variáveis, resultaram três níveis de risco associados (Baixo, Tolerável e Elevado).

Nesta conformidade, a identificação do nível de risco leva à identificação de um determinado nível de intervenção: não intervir, manter o controlo e urgente. Para um melhor entendimento dos níveis de risco apresentados em quadros seguintes, os mesmos estão agrupados em três categorias, classificados de 1 a 9 (significância do risco) resultando da multiplicação dos fatores PO e I com valores entre um e três.

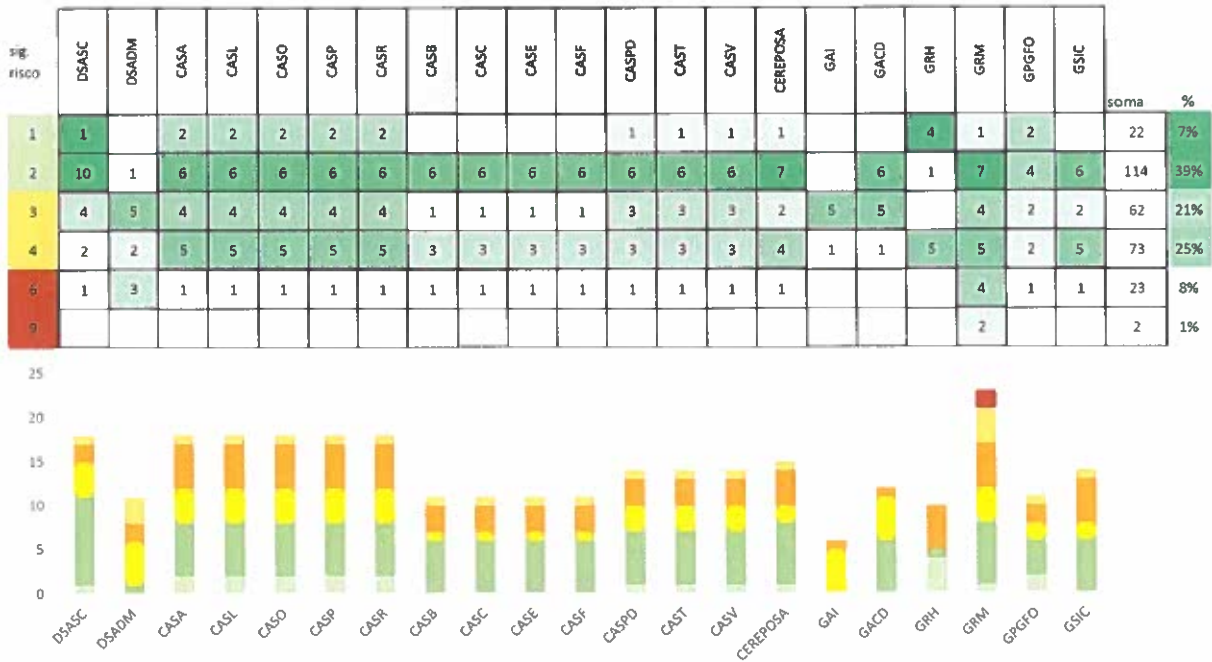
| PO | I | significância do risco | Nível de Risco |
|----|---|------------------------|----------------|
| 1 | 1 | 1 | Baixo |
| 1 | 2 | 2 | Baixo |
| 2 | 1 | 2 | Baixo |
| 1 | 3 | 3 | Tolerável |
| 3 | 1 | 3 | Tolerável |
| 2 | 2 | 4 | Tolerável |
| 2 | 3 | 6 | Elevado |
| 3 | 2 | 6 | Elevado |
| 3 | 3 | 9 | Elevado |

Para avaliação do grau de implementação das medidas mitigadoras, solicitou-se a cada UO uma resposta, a qual foi analisada pelo GAI tendo em conta a realidade conhecida e os relatórios das auditorias internas, daí resultando a classificação atribuída.

O quadro global seguinte apresenta o número de potenciais riscos atribuídos a cada UO, de acordo com a significância do risco.

Assim, os CAS de nível 2 apresentam um nível de risco inferior aos restantes, incrementando-se naqueles que têm postos clínicos (Tomar, Viseu e Ponta Delgada), ou ainda no caso do CEREPOSA, por dispor de serviço de alimentação e bar.

[Handwritten signatures and initials]



Numa perspetiva inversa, destacam-se o GRM pela responsabilidade direta no âmbito da contratação pública e gestão de património, o GSIC pela sua responsabilidade na implementação de um sistema de informação (SI) operável e funcional transversal a todas as UO, a DSASC por englobar o apoio social complementar com responsabilidade direta na gestão dos subsídios/complementos, gestão do património habitacional e turismo e lazer, bem como os CAS de nível 1 pela sua dimensão e autonomia.

4. Monitorização e execução

a. Estado global de implementação das medidas nas UO

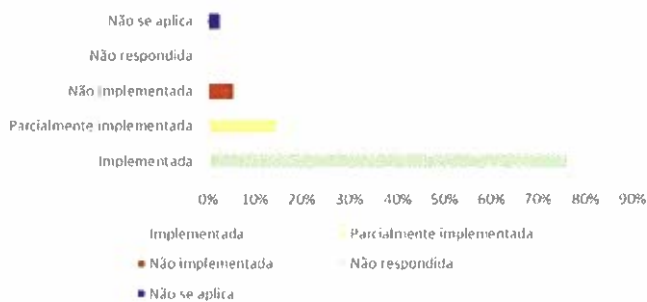
Uma vez definidos os riscos e os critérios de atribuição, conforme vertido nos anexos A e B, seguiu-se a monitorização do respetivo grau de implementação. Assim, recolhidas as monitorizações de todas as UO (anexo C), o estado global de implementação das medidas preventivas é o seguinte:



| Respostas das UO | DSAC | DSADM | CASA | CASL | CASO | CASP | CASR | CASB | CASC | CASE | CASF | CAS_PD | CASV | CASV | CERQUEIRA | GAU | GAZO | GRM | GRM | GRFO | GSB | total | |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|-----|
| Implementada | 1 | 1 | 9 | 15 | 14 | 12 | 14 | 15 | 8 | 8 | 8 | 7 | 11 | 9 | 11 | 16 | 6 | 18 | 9 | 17 | 7 | 8 | 77% |
| Parcialmente implementada | P | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | | 1 | 1 | 5 | 3 | 3 | 15% |
| Não implementada | N | | | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | 6% |
| Não respondida | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não se aplica | W | | | | 1 | 1 | 1 | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | 2 | 1 | 3% |
| Total | 18 | 10 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 11 | 11 | 11 | 11 | 14 | 14 | 14 | 15 | 6 | 12 | 10 | 23 | 11 | 13 | | |

| Respostas das UO em % | DSAC | DSADM | CASA | CASL | CASO | CASP | CASR | CASB | CASC | CASE | CASF | CAS_PD | CASV | CASV | CERQUEIRA | GAU | GAZO | GRM | GRM | GRFO | GSB | total |
|---------------------------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|------|------|-----------|------|------|-----|-----|------|-----|-------|
| Implementada | I | 6% | 10% | 13% | 78% | 67% | 78% | 13% | 73% | 73% | 64% | 50% | 64% | 79% | 67% | 100% | 50% | 90% | 14% | 64% | 62% | |
| Parcialmente implementada | P | 6% | 10% | 11% | 11% | 17% | 11% | 18% | 18% | 18% | 18% | 14% | 21% | 14% | 27% | | 8% | 10% | 22% | 18% | 23% | |
| Não implementada | N | | | 6% | 6% | 11% | 6% | 9% | 9% | 9% | 9% | 7% | 7% | 7% | 7% | | 8% | | 4% | | 8% | |
| Não respondida | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não se aplica | W | | | | 6% | 6% | 6% | | | | | 9% | | 7% | | | | | | | 18% | 8% |

Execução Global



A percentagem de medidas implementadas é de 77%, das parcialmente implementadas é de 15%, levando a um total de 92% de medidas com “ação”. Em anexo constam as respostas das UO e a classificação atribuída.

À semelhança do anterior, foi solicitado às UO que na coluna das “Medidas implementadas/em vigor” inserissem texto com evidências das ações realizadas ou comentários esclarecedores, houve casos de UO que repetiram o texto das “Medidas mitigadoras propostas”, ou apenas “implementado”.

b. Análise global por área de risco

A contagem global do grau de implementação das medidas mitigadoras por área/grau de risco é a seguinte:

| Área de Risco | i | n | p | w |
|--|------------|-----------|-----------|----------|
| Assuntos jurídicos e contencioso | 2 | | | |
| Auditoria e gestão do risco | 3 | | | |
| Comunicação e Relações Públicas | 3 | | | |
| Contratação Pública | 7 | 1 | | |
| Contribuições e subsídios | 6 | | | |
| Gestão da frota automóvel | 20 | | | 1 |
| Gestão de armazéns e controlo de existências | 26 | 1 | 8 | 2 |
| Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | 24 | | 1 | 3 |
| Gestão de recursos | 25 | | 1 | 1 |
| Gestão de recursos financeiros e orçamento | 4 | | 1 | |
| Gestão de recursos humanos | 7 | | 1 | |
| Gestão de recursos patrimoniais | 26 | | | 1 |
| Gestão de sistemas de informação | 33 | 14 | 4 | |
| Planeamento estratégico | 1 | | | |
| Segurança e Defesa Alimentar | 13 | | | |
| Tratamento de Informação Benefícios Públicos | 2 | | | |
| Tratamento de Informação e Gestão documental | 22 | 1 | 29 | |
| Tratamento de Informação e Gestão documental Benefícios Públicos | 1 | | | |
| Total Geral | 225 | 17 | 45 | 8 |

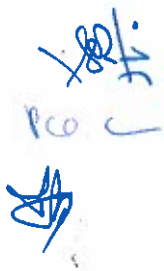
Nota: i=implementada, n=não implementada, p=parcialmente implementada, w=não se aplica, z=não respondida

Dos indicadores acima referenciados, verificamos que existem duas áreas de risco a destacar:

- **Gestão de sistemas de informação** - com 14 respostas de medidas como não implementadas;
- **Tratamento de Informação e Gestão documental** – com 29 respostas de medidas como parcialmente implementadas;

Da análise efetuada, destaca-se:

A gestão de armazéns e controlo de existências abrange vários potenciais riscos com designações diferentes. O valor de “parcialmente implementado” (8) mantém-se inalterado relativamente ao período anterior. Destes, 5 são da responsabilidade do GRM que prossegue o seu trabalho de consolidação de inventários e existências.



“Gestão de sistemas de informação (GSI03) - Falha do sistema de backup automático de toda a informação”, cujas medidas mitigadoras são “Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema”. Para este risco a generalidade das UO indicaram a medida como implementada. Ainda que se entenda o expediente das UO para assegurar cópia de segurança da sua informação recorrendo a meios próprios, prevalece a ausência de um sistema global de backup garantido pelo GSIC, pelo que o GAI, mantém a medida como “não implementada”. Deste critério resulta num elevado número de “não implementado”. No mesmo sentido, o GSIC indicou estar em curso “Em fase de instalação de uma solução de backups automáticos”.

No âmbito do “Tratamento de Informação e Gestão documental” a resposta dada pelo CASP traduz o entendimento geral das UO sobre o assunto pelo que se transcreve: *“Pese embora não seja operado nenhum sistema digital e centralizado de processamento da correspondência, existe Norma Interna que define os procedimentos de receção, encaminhamento e tramitação da correspondência recebida e emitida pelo CAS Porto. Para a área da Ação Social Complementar e ADM, existem Sistemas de Informação próprios que de certa forma garantem a guarda e permitem o “tracking” dos documentos relacionados com essas áreas. Para a informação geral, não existindo sistema de gestão documental, existe o risco de perda de informação e alguma perda do controlo no acesso à mesma.”* Pragmaticamente existe controlo sobre a informação e gestão documental nas UO designadamente nos sistemas proprietários no âmbito das DSASC e DSADM, contudo estamos perante um panorama de “parcialmente implementado” face à ausência de sistema dedicado ao controlo digital de correspondência (edoclink⁴). Enquadram-se neste contexto o “Tratamento de Informação e Gestão documental (TIGD08) – Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais” e o “Tratamento de Informação e Gestão documental (TIGD14) - manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA”.

⁴ Solução adotada pelo MDN e que será transversal no domínio da Defesa.

Relatório
 de
 Execução
 Anual
 -
 PPRIC
 2023

As tabelas seguintes apresentam os valores globais de implementação das medidas mitigadoras propostas. Numa analisam-se apenas as medidas implementadas e parcialmente implementadas, espelhando a sua relevância percentual por UO. Numa segunda tabela e lateral uma visão global da percentagem de implementação das medidas em todos os graus. Destacam-se o GAI com a totalidade de implementação das suas medidas, mas por apenas estar implicado em 6 riscos. Em sentido oposto destaca-se o GPGFO com 18% de não aplicável. Este valor resulta de 2 medidas (de um total de 11) em que refere não serem da sua competência.

2023

| UO | Implementada | | % | i | p | n | z | w |
|----------|--------------|-----|------|------|-----|-----|---|-----|
| | i | p | | | | | | |
| DSASC | 94% | 6% | 100% | 94% | 6% | | | |
| DSADM | 90% | 10% | 100% | 90% | 10% | | | |
| CASA | 83% | 11% | 94% | 83% | 11% | 6% | | |
| CASL | 78% | 11% | 89% | 78% | 11% | 6% | | 6% |
| CASO | 67% | 17% | 83% | 67% | 17% | 11% | | 6% |
| CASP | 78% | 11% | 89% | 78% | 11% | 6% | | 6% |
| CASR | 83% | 11% | 94% | 83% | 11% | 6% | | |
| CASB | 73% | 18% | 91% | 73% | 18% | 9% | | |
| CASC | 73% | 18% | 91% | 73% | 18% | 9% | | |
| CASE | 73% | 18% | 91% | 73% | 18% | 9% | | |
| CASF | 64% | 18% | 82% | 64% | 18% | 9% | | 9% |
| CASPD | 79% | 14% | 93% | 79% | 14% | 7% | | |
| CAST | 64% | 21% | 86% | 64% | 21% | 7% | | 7% |
| CASV | 79% | 14% | 93% | 79% | 14% | 7% | | |
| CEREPOSA | 67% | 27% | 93% | 67% | 27% | 7% | | |
| GAI | 100% | | 100% | 100% | | | | |
| GACD | 83% | 8% | 92% | 83% | 8% | 8% | | |
| GRH | 90% | 10% | 100% | 90% | 10% | | | |
| GRM | 74% | 22% | 96% | 74% | 22% | 4% | | |
| GPGFO | 64% | 18% | 82% | 64% | 18% | | | 18% |
| GSIC | 62% | 23% | 85% | 62% | 23% | 8% | | 8% |

Tabelas das medidas implementadas, parcialmente implementadas e não implementadas por UO, por percentagem.

c. Análise aos riscos com tolerância 4 (tolerável)

Considerando o nível de intervenção médio e que recomenda um maior controlo, a análise seguinte assenta nos riscos de grau 4 (tolerável).

Na análise seguinte não se consideraram as medidas totalmente implementadas.

O grau de risco com uma significância de "4" correspondente a um nível de risco "tolerável". Na monitorização de 2023, de um total de dezassete riscos com uma significância de "4", apenas dois não se encontram totalmente implementados⁵.

| cod_ativ | atividade | potencial Risco | PO | I | significância do risco | medidas mitigadoras propostas |
|----------|--|--|----|---|------------------------|---|
| GACE04 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - A | 2 | 2 | 4 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. |
| GSI07 | Gestão de sistemas de informação | Inexistência de identidade única de colaborador do IASFA - limitação na alteração de credenciais nos vários sistemas; dificuldade na garantia da aplicação do princípio do privilégio mínimo | 2 | 2 | 4 | Implementação de sistema de identidade única (e nominal) para colaboradores do IASFA; Implementação de políticas de acessos, de acordo com o princípio do privilégio mínimo. |

| tipo_A | atividade | potencial Risco | DSASC | DSADM | CSA | CASL | CAGO | CASP | CASR | CASB | CASC | CASE | CASF | CAS_PQ | CAS_T | CASV | CASPOSA | GAU | GAUCD | GRH | GRM | GRFO | GRSC | |
|--------|--|--|-------|-------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|-------|------|---------|-----|-------|-----|-----|------|------|--|
| GACE04 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GSI07 | Gestão de sistemas de informação | Inexistência de identidade única de colaborador do IASFA - limitação na alteração de credenciais nos vários sistemas; dificuldade na garantia da aplicação do princípio do privilégio mínimo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A atividade "Gestão de armazéns e controlo de existências - Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais – A (GACE04)", cujas medidas mitigadoras indicadas são a "conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente; o acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica e a existência de vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação", representa um dos dois riscos de significância "4", que apenas se encontra parcialmente implementado. As UO que assim o reportaram apresentam dificuldades com escassez de recursos humanos.

Da mesma forma, a atividade "Gestão de sistemas de informação - (GSI07)- Inexistência de identidade única de colaborador do IASFA - limitação na alteração de credenciais nos vários sistemas; dificuldade na garantia da aplicação do princípio do privilégio mínimo", que tem como medida mitigadora a "Implementação de um sistema de Identidade única (e nominal) para colaboradores do IASFA; Implementação de políticas de acessos, de acordo com o princípio do privilégio mínimo", teve como resposta da unidade responsável

⁵ Em 2022 eram 5.

Handwritten notes and signatures in blue ink, including a signature and the number '100'.

pela mesma, “Em planeamento um sistema de Identidade única (e nominal). Implementada políticas de acessos, de acordo com o princípio do privilégio mínimo.”, pelo que se considera a medida como parcialmente implementada.

d. Análise aos riscos com tolerância “6” e “9” (elevado)

Os graus de risco com uma significância de “6” e de “9” correspondem a um nível de risco “elevado”. Na monitorização de 2023, contamos com nove riscos de significância “6” e dois riscos de significância “9”, num total de onze riscos com significância de “elevado”.

Destes onze riscos, apenas cinco, se apresentam como parcialmente implementados, estando os demais totalmente implementados.

| tipo_A | atividade | potencial Risco | DSASC | DSADM | CASA | CSAC | CSAD | CASP | CASR | CSAR | CSAC | CSAE | CASF | CSU_PO | CASV | CSBY | CERPOSA | GAI | GALD | GRH | GRM | GRPO | GSUC |
|--------|--|---|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|------|------|---------|-----|------|-----|-----|------|------|
| TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | | | | | | |
| GRF03 | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira (p.e. classificações contabilísticas incorretas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P |
| GACE03 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de reconciliação entre os stocks reais e os existentes em sistema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | |
| GACE11 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Integridade e segurança de informação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | |
| GSII0 | Gestão de sistemas de informação | Uso indevido de identidade e partilha de credenciais entre utilizadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P |

Tratamento de Informação e Gestão documental:

- “Deterioração dos documentos (TIGD08) - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais” – risco aplicável transversalmente a todos os CAS, DSASC e DSADM. Tal como já referido neste relatório, as medidas mitigadoras encontram-se parcialmente implementadas pelas unidades, faltando a implementação de um sistema de gestão documental.

Gestão de recursos financeiros e orçamento:

- “Gestão de recursos financeiros e orçamento (GRF03) Falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira (p.e. classificações contabilísticas incorretas)”, risco aplicado ao GPGFO, dado a elaboração de Manual de Apoio à classificação orçamental/patrimonial e a conferência da informação intermédia e final estar em fase de implementação, de acordo com resposta dada pela UO : “Á medida que são avaliados e redefinidos os procedimentos em cada processo, de cobrança de Receita e pagamento de despesa, tem vindo em complemento a ser elaborado o plano de contas interno. Durante o ano de 2023 foram aprovados os procedimentos para o registo e controlo de existências, e respetivo Manual com o plano de contas para o processo de registo das existências. De referir que se pretende que com a aprovação do Plano de contas os SI estejam já prontos para corresponder aos registos contabilísticos de acordo com as contas patrimoniais e orçamentais que façam parte do plano de contas, pelo que o plano vai sendo elaborado à medida que são revistos os processos. Embora o Manual com o plano de contas consolidado ainda esteja em elaboração, a classificação orçamental das despesas e receitas é efetuado tendo por base o DL 26/2002 e as instruções da entidade responsável pela classificação orçamental (DGO), e a classificação Patrimonial de acordo com o PMC do SNC-AP, bem como no final de cada ano é feito por parte deste gabinete a análise das contas de rendimentos e gastos, sendo efetuadas as alterações necessárias, à consolidação da conta do Instituto.”

Gestão de armazéns e controlo de existências

- “Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em sistema (GACE03)”, sendo as medidas mitigadoras a “reconciliação integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente, a criação de Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual deve contemplar rotinas de conciliação e inspeção periódica, e a existência de vários colaboradores com responsabilidade de validação da

informação”, o GRM respondeu que a medida se encontrava parcialmente implementada.

- “Integridade e segurança de informação (GACE11)”, cuja medida mitigadora é a “finalização do módulo que está a ser desenvolvido no âmbito do SIPIASFA, o qual vai permitir “gerir” o processo de gestão de armazéns e controlo de existências, desde a requisição do bem, por parte das unidades orgânicas, até ao seu processamento e entrega nas respetivas unidades orgânicas, incluindo nos CAS; clarificar o enquadramento, objetivos e atividades suportadas pelo referido módulo do SIPIASFA (respeitante à gestão de armazéns e existências)”. É um risco do âmbito do GRM, abrangendo a vertente de gestão de armazéns e controlo de existências, o qual respondeu que a medida se encontrava parcialmente implementada.

Gestão de sistemas de informação

- “Uso indevido de identidade e partilha de credenciais entre utilizadores (GSI10)” – risco aplicado ao GSIC. As medidas mitigadoras são a “sensibilização dos utilizadores para os riscos e responsabilidades associados à partilha de credenciais; a implementação de sistema de identidade única (e nominal) para colaboradores do IASFA e a implementação de política de impossibilidade de acesso em mais do que dois terminais em simultâneo”. Este risco mantém-se como parcialmente implementado, dado a UO referir ser necessário um servidor de autenticação (ISE) e gestão de identidades, cuja implementação está prevista ocorrer em 2024.

Com o grau de risco com significância de “9”, tínhamos apenas dois riscos, sendo que para estes, e após análise, foram consideradas como totalmente implementadas as medidas mitigadoras.

| tipo_A | atividade | potencial Risco | DSASC | DSADM | GAIA | CASL | CASO | CASP | CASR | CASB | CASC | CASE | CASF | GAU_PD | CAST | CASY | CSBP/CSA | GAI | GACD | GRH | GRM | GRFO | GSIC |
|--------|---------------------------|---|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|------|------|----------|-----|------|-----|-----|------|------|
| GFAB1 | Gestão da frota automóvel | Ausência de normas na gestão e utilização dos Cartões Abastecimento Eletroonico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GFAB3 | Gestão da frota automóvel | Metodologia de gestão consumos de combustivel inadequada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

e. Medidas com ausência de progresso

GSIO3 - Gestão de sistemas de informação - Falha do sistema de backup automático de toda a informação

GACE03 - Gestão de armazéns e controlo de existências - Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em sistema

GACE11 - Gestão de armazéns e controlo de existências - Integridade e segurança de informação

TIGD08 - Tratamento de Informação e Gestão documental - Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais

TIGD14 - Tratamento de Informação e Gestão documental - Falta de encaminhamento, ou encaminhamento indevido, dos documentos recebidos no Conselho Diretivo resultante da inexistência de um sistema de gestão documental

f. Riscos sem medidas implementadas/parcialmente implementados

GSIO3 - Gestão de sistemas de informação- Falha do sistema de backup automático de toda a informação

Encontra-se "Em fase de instalação de uma solução de backups automático".

5. Conclusão

a. Grau de implementação das medidas mitigadoras indicadas

Como já referido, o grau de medidas implementadas é de 77% e de parcialmente implementadas de 15%, levando a um total de 92% de medidas com "ação".

b. UO com 100% de medidas implementadas

Da análise ao anexo C, verificamos que existe apenas uma UO (o GAI) que apresenta uma taxa de execução de 100% nas medidas implementadas, referentes aos seis riscos que lhe estavam atribuídos.

De destacar com esta análise o esforço empreendido e os resultados obtidos pelas Unidades DSASC, DSADM e GRH, que apresentam nesta monitorização uma percentagem de medidas implementadas de 94% e 90%, respetivamente.

c. Apreciação sobre a forma como as UO monitorizaram o PPRIC

Tal como no ano anterior, foi solicitado a cada UO para se pronunciarem sobre as medidas implementadas. Ao contrário da anterior, nesta monitorização obtivemos respostas mais concretas e detalhadas no que respeita a evidências sobre as ações tomadas para implementação das medidas mitigadoras e diminuição da significância do risco atribuído.

Neste sentido, damos ênfase às respostas apresentadas pela DSADM, pela explicação organizada e concreta do grau de execução de cada medida mitigadora bem como das propostas apresentadas para redução ou aumento da graduação dos seus riscos, e pela apresentação de novos riscos que consideram pertinentes, que se irão demonstrar uma mais-valia na atualização do PPRIC para 2024.

6. Considerações Finais

- a. A análise e monitorização deste PPRIC, assenta nas respostas das UO. Registou-se uma evolução positiva com aumento de medidas consideradas implementadas. O pedido de resposta com evidências concretas das medidas mitigadoras implementadas (evitando-se respostas ambíguas) foi bem acolhido. Contudo, continua a registarem-se critérios diferentes nas respostas dadas pelas UO. Por

100%
100%
100%

esse motivo o GAI propôs ao CD a realização de um ciclo de auditorias internas (presencial) às UO, para verificação local do grau de implementação das medidas.

- b. À data deste relatório, está em curso a auditoria interna 01/2024, realizada pela Equipa do GAI, no âmbito das “Auditorias Internas ao Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do IASFA”, aprovadas no “Plano Anual de Auditoria de 2024”.
- c. A auditoria interna realizada à DSASC (iniciada em finais de 2023) confirmou o grau de implementação reportado e permitiu identificar oportunidades de melhoria ao presente PPRIC que em tempo serão propostas superiormente.

ANEXOS:

A – Matriz com critério de atribuição de riscos

B – Listagem de riscos e medidas mitigadoras propostas

C – Monitorização das UO

10/11
100
SA

Lista de Siglas e Acrónimos:

| | |
|--|--|
| ADM - Assistência na Doença aos Militares | GRH - Gabinete de Recursos Humanos |
| DGO – Direção-Geral do Orçamento | CASR - Centro de Apoio Social de Runa |
| ASC - Ação Social Complementar | GRM - Gabinete de Recursos Materiais |
| DGP - Divisão de Gestão do Património | CAST - Centro de Apoio Social de Tomar |
| CASA - Centro de Apoio Social do Alfeite | GSIC - Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicações |
| DGP - Divisão de Gestão de Prestadores | CASV - Centro de Apoio Social de Viseu |
| CASB - Centro de Apoio Social de Braga | IASFA - Instituto de Ação Social das Forças Armadas |
| DSADM - Direção de Serviços de Assistência na Doença aos Militares | CC - Conselho Consultivo |
| CASC - Centro de Apoio Social de Coimbra | IGDN – Inspeção-Geral de Defesa Nacional |
| DSASC - Direção de Serviços de Ação Social Complementar | CD - Conselho Diretivo |
| CASE - Centro de Apoio Social de Évora | MDN - Ministério da Defesa Nacional |
| DTL - Divisão de Turismo e Lazer | CEREPOSA - Centro de Repouso do Porto Santo |
| CASF - Centro de Apoio Social do Funchal | MENAC - Mecanismo Nacional Anticorrupção |
| FU - Fiscal Único | PO - Probabilidade de Ocorrência |
| CASL - Centro de Apoio Social de Lisboa | I –Impacto |
| GACD - Gabinete de Apoio ao Conselho Diretivo | DAS - Divisão de Apoio Social |
| CASO - Centro de Apoio Social de Oeiras | PPRIC - Plano de Prevenção de Riscos Corrupção e Infrações Conexas |
| GAI - Gabinete de Auditoria Interna | DGBB - Divisão de Gestão de Beneficiários e Benefícios |
| CASP - Centro de Apoio Social do Porto | SIPIASFA - Sistema de Informação do Património do IASFA |
| GPGFO - Gabinete de Planeamento Gestão Financeira e Orçamento | UO - Unidade(s) Orgânica(s) |
| CASPD - Centro de Apoio Social de Ponta Delgada | |



iasfa

Relatório - Plano de Prevenção de Riscos Corrupção e Infrações Conexas -
PPRCIC 2022

Ano de 2023

Anexo A

MATRIZ COM CRITÉRIO DE ATRIBUIÇÃO DE RISCOS



Handwritten blue ink marks in the top right corner, including a signature and the text '100 C'.

Relatório - Plano de Prevenção de Riscos Corrupção e Infrações Conexas -
PPRCIC 2022

Ano de 2023

Anexo B

MATRIZ COM PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA - IMPACTO E
MEDIDAS MITIGADORAS

80% *100%*

| tipo_A | tipo_UO | atividade | potencial Risco | PO | I | significância do risco | medidas mitigadoras propostas |
|--------|---------|--|---|----|---|------------------------|---|
| AGR01 | Gab | Auditoria e gestão do risco | Exatidão/limitação de evidências de suporte às constatações | 1 | 3 | 3 | Limitação do acesso aos processos de auditoria; manutenção de arquivo próprio para o processo de auditoria. |
| AGR02 | Gab | Auditoria e gestão do risco | Falta de normalização de procedimentos no âmbito da atividade dos CAS | 1 | 3 | 3 | Concluir o Regulamento Interno dos CAS do IASFA. |
| AGR03 | Gab | Auditoria e gestão do risco | Utilização indevida de informações | 1 | 3 | 3 | Rotatividade de equipes de Auditores; Sensibilização quanto aos princípios da Auditoria; trabalho de campo realizado por mais de 1 elemento da equipe de auditores; formação em auditoria interna; sensibilização interna para a classificação documental. |
| AJCO1 | Gab | Assuntos Jurídicos e contencioso | Incumprimento de prazos legais | 1 | 3 | 3 | Acesso a bases de dados completas e atualizadas de legislação; controle efetivo dos prazos por 2ª pessoa e chefia (3 níveis de controle). |
| AJCO2 | Gab | Assuntos Jurídicos e contencioso | Parcialidade/favorecimento na emissão de pareceres jurídicos | 1 | 3 | 3 | Verificação do Parecer por 2ª pessoa e chefia; solicitar Patrocínio Judicial à sociedade de advogados contratada em regime de avença, sempre que as circunstâncias o justificarem. |
| CPO1 | Gab | Contratação Pública | Inexistência de elaboração de uma previsão de todas as fases do concurso, e os seus possíveis incidentes, com base em estimativas fundamentadas | 1 | 1 | 1 | Conclusão da elaboração dos manuais de boas práticas na área da contratação pública do IASFA e na área do imobilizado. Seguir os procedimentos enunciados nos referidos manuais. |
| CPO2 | Gab | Contratação Pública | Inexistência de mecanismos internos de controlo que permitam detetar situações de conluio entre concorrentes e eventual corrupção de funcionários | 1 | 2 | 2 | Conclusão da elaboração dos manuais de boas práticas na área da contratação pública do IASFA e na área do imobilizado. Seguir os procedimentos enunciados nos referidos manuais. |
| CPO3 | Gab | Contratação Pública | Os funcionários não recebem formação adequada para prevenir situações de conflito de interesses | 1 | 2 | 2 | Assegurar formação no âmbito da contratação pública. |
| CPO4 | Gab | Contratação Pública | Recursos sucessivos à consulta prévia ou ao ajuste direto | 2 | 2 | 4 | Adotar procedimentos de controlo interno que assegurem o cumprimento legal. |
| CPO5 | Gab | Contratação Pública | Situações de conflitos de interesses | 1 | 3 | 3 | Implementar mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses, designadamente os previstos no CCP e no CPA. |
| CPO6 | Gab | Contratação Pública | Situações de convivência com fornecedores de bens ou serviços | 2 | 3 | 6 | Realizar consultas prévias a vários fornecedores. Auditar os procedimentos (com auditorias) internas. |
| CRP01 | Gab | Comunicação e Relações Públicas | Não divulgação de informação | 1 | 2 | 2 | Implementação do plano de Comunicação Institucional, atividades desenvolvidas em equipa e verificação da informação disponibilizada/divulgada por segundo elemento da equipa e com supervisão hierárquica; articulação permanente com as UO através de canal de comunicação já instituído (e-mail, NI, intranet). |
| CRP02 | Gab | Comunicação e Relações Públicas | Prestação de informação inadequada no atendimento e relacionamento com os Beneficiários | 1 | 2 | 2 | Registo das informações prestadas em sistema de informação próprio (CRM). Articulação com as Direções de Serviços para atualização das FAD; Observância do manual de procedimentos da IIB. |
| CRP03 | Gab | Comunicação e Relações Públicas | Vulnerabilidade pela presença do IASFA nas redes sociais | 1 | 2 | 2 | Acompanhar as redes sociais de forma permanente; identificar comentários negativos e reações; e responder quando aplicável. Utilização de um filtro de bloqueio de linguagem ofensiva. Aplicação conforme os Termos Condições de Utilização da Página de Redes Sociais do IASFA, nomeadamente o direito a eliminação de conteúdo inapropriado e/ou de exclusão de usuário |
| CS01 | Dir | Contribuições e subsídios | Atribuição de participações indevidas de despesa com lareiras e casas de repouso, apoio domiciliário por terceira pessoa ou por familiar | 1 | 3 | 3 | Segregação de funções ao nível da proposta, avaliação da conformidade e decisão; acompanhamento e validação mensal das listas para aferição de dados; aplicação da Instrução Permanente (IP) aprovada pelo Conselho Diretivo (CD) e obrigatoriedade do preenchimento dos formulários em anexo à IP; rotatividade de funções na equipa de trabalho. |
| CS02 | Dir | Contribuições e subsídios | Atribuição de participações indevidas da área do Antigo Cofre de Providência | 1 | 3 | 3 | Segregação de funções ao nível da proposta, avaliação da conformidade e decisão |
| CS03 | Dir | Contribuições e subsídios | Atribuição de participações indevidas no âmbito da Ação Social Complementar | 1 | 3 | 3 | Segregação de funções ao nível da proposta, avaliação da conformidade e decisão; aplicação das Instruções Permanentes (IP), aprovadas pelo Conselho Diretivo (CD); rotatividade de funções na equipa de trabalho |
| CS04 | Dir | Contribuições e subsídios | Processamento de participações efetuadas em entidades (com acordo/Regime livre/Regime Convencionado) | 1 | 3 | 3 | Confirmação do código junto dos Acordos. A aplicação ADM alerta para o facto de determinada entidade ter acordo com a ADM mas não o código especificamente. |
| CS05 | Dir | Contribuições e subsídios | Processamento de participações em códigos errados (Regime livre/Regime Convencionado) | 1 | 3 | 3 | Verificação da faturação por terceira pessoa |
| CS06 | Dir | Contribuições e subsídios | Processamento de participações mais recentes em detrimento de outras mais antigas (Regime livre/Regime Convencionado) | 1 | 3 | 3 | Alinhamento das pastas para processamento pela antiguidade dos documentos e pela data de entrada na ADM e não pelos números sequenciais das pastas. |
| GACE01 | Gab | Gestão de armazéns e controlo de existências | Bem abatido continuar nos serviços e abates sem autorização dos órgãos competentes | 1 | 2 | 2 | Continuar a identificar os bens imobilizados, abatendo no SIG o que já foi abatido anteriormente |
| GACE02 | Gab | Gestão de armazéns e controlo de existências | Bens entregues pelos fornecedores não cumprindo as quantidades e requisitos indicados | 1 | 1 | 3 | Verificação dos bens entregues efetuada por 2 funcionários que confirmem e assinam. Aperfeiçoar os procedimentos de receção, incluindo através da metodologia "carga rega". |
| GACE03 | Gab | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em sistema | 2 | 3 | 6 | Reconciliação integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Criação de Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual deve contemplar rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. |
| GACE04 | CAS1 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - A | 2 | 2 | 4 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. |
| GACE05 | CAS2 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - B | 1 | 2 | 2 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. |
| GACE06 | Gab | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | 1 | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. |
| GACE07 | Gab | Gestão de armazéns e controlo de existências | Inadequado perfil de competências para o exercício das funções | 1 | 2 | 2 | Diligenciar ações de formação no âmbito deste processo, nomeadamente em gestão da cadeia de abastecimento, gestão de stocks e ao nível do conhecimento da utilização das potencialidades do SIGDN. |
| GACE08 | Gab | Gestão de armazéns e controlo de existências | Incorreta avaliação do imobilizado | 1 | 2 | 2 | Rigoroso controlo de existências de bens e seu valor patrimonial e distribuição pelos diferentes locais (folha de carga em cada dependência). |
| GACE09 | Gab | Gestão de armazéns e controlo de existências | Incorreta parametrização dos artigos/bens/géneros | 1 | 2 | 2 | Promover a parametrização correta dos artigos/bens/géneros, incluindo os suscetíveis de fracionamento para além da unidade. Promover conferências de inventário geral dos armazéns por amostragem registando a taxa de não conformidades observadas. Elaborar Manual de procedimentos, que integre os procedimentos a desenvolver nas diferentes áreas. |
| GACE10 | Gab | Gestão de armazéns e controlo de existências | Indisponibilidade de existências e falta de otimização de stocks | 1 | 1 | 3 | Elaboração anual de um Plano de necessidades para otimizar a composição dos stocks e garantir a disponibilidade das existências. |
| GACE11 | Gab | Gestão de armazéns e controlo de existências | Integridade e segurança da informação | 3 | 2 | 6 | Finalização do módulo que está a ser desenvolvido no âmbito do SIPIASFA, o qual vai permitir "gerir" o processo de gestão de armazéns e controlo de existências, desde a requisição do bem, por parte das unidades orgânicas, até ao seu processamento e entrega nas respetivas unidades orgânicas, incluindo nos CAS. Clarificar o enquadramento, objetivos e atividades suportadas pelo referido módulo do SIPIASFA (respeitante à gestão de armazéns e existências). |
| GAPC01 | CAS1 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Falha na avaliação e consolidação das necessidades de materiais e equipamentos de consumo clínico | 1 | 1 | 1 | Rigoroso controlo de consumos e stocks. |
| GAPC02 | Gab | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Falhas na aplicação de normas e procedimentos no âmbito da atividade dos Postos Clínicos | 2 | 3 | 6 | Apoiar as CAS com Postos Clínicos na contratação de serviços nas circunstâncias que devam. |
| GAPC03 | CAS1 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Faturação de episódios não realizados | 1 | 3 | 3 | Controlo das agendas das diferentes atividades, com os mapas das consultas realizadas validado por mais (que um responsável). |
| GAPC04 | CAS1 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Furto ou desvio de numerário associado ao manuseamento e controlo de receita | 1 | 3 | 3 | Conferência periódica entre o recebido e o faturado. Segurança física das instalações (passwords de acesso e alarmes de intrusão). Elevado sigilo profissional (não partilhar informações com terceiros). |
| GAPC05 | Gab | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Não atualização da tabela de preços a aplicar. | 1 | 1 | 3 | Propor os procedimentos a adotar para o controlo da receita. Atualizar os sistemas de informação. |
| GFAD1 | Gab | Gestão da frota automóvel | Ausência de normas na gestão e utilização dos Cartões Abastecimento Eletrónicos | 3 | 1 | 9 | Aprovação de IP proposta - "Normas para a Gestão e Utilização dos Cartões Eletrónicos de Abastecimento de Combustíveis". |

Handwritten signatures and initials:
 [Signature] 10 L
 [Signature]

| Ido_A | Tipo_UO | atividade | potencial Risco | PO | I | significância do risco | medidas mitigadoras propostas |
|-------|---------|--|---|----|---|------------------------|--|
| GFA02 | Gab | Gestão da frota automóvel | Deficiente programação de atividades levando a conflitos operacionais e inerentes custos, quer a nível de eficácia, quer a nível financeiro. | 1 | 2 | 2 | Documento, permanentemente atualizado, com a programação integrada das várias atividades. Elaborado de acordo com as folhas de serviço onde consta a fundamentação da necessidade do serviço requerido, devidamente validada pela Chefia da UO que requer o serviço de transporte. |
| GFA03 | Gab | Gestão da frota automóvel | Metodologia de gestão / consumos de combustível inadequada | 3 | 1 | 9 | Controlar o abastecimento, consumo e distâncias percorridas verificando médias de consumo. No âmbito das viaturas assegurar que o controlo do consumo e abastecimento seja assegurado através do sistema informático de gestão da frota. |
| GFA04 | Gab | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 1 | 3 | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos (combustíveis) da RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. |
| GR01 | CAS1 | Gestão de recursos | Utilização indevida dos géneros para proveito próprio | 1 | 2 | 2 | Controlo de entrada e saída de géneros. |
| GRF01 | Gab | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Deficiente controlo da faturação e consequente insuficiência no controlo da receita | 1 | 2 | 2 | Registo metódico dos factos, sendo que todas as operações devem ser relevadas de uma forma sistemática e sequencial e todas as passagens dos documentos pelos diversos sectores devem ficar registadas. |
| GRF02 | Gab | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Falha na conferência da folha de processamento dos vencimentos e outros abonos | 1 | 1 | 1 | Conferir e validar mensalmente numa base de amostragem o processamento dos vencimentos e outros abonos, antes do seu pagamento. |
| GRF03 | Gab | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira (p.e. classificações contabilísticas incorretas) | 3 | 2 | 6 | Elaboração de Manual de Apoio à classificação orçamental (patrimonial): Conferência da informação intermediária e final. |
| GRF04 | Gab | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Falta de rigor e controlo na autorização de despesa (sem prévio cabimento orçamental) | 1 | 1 | 1 | Efetuar todas as despesas após a elaboração de cabimento prévio e respetivo compromisso, na rubrica orçamental respetiva de acordo com o definido no 26/2002, O. S/D que cumpre o rito da despesa legalmente definida. |
| GRF05 | Gab | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Omissão em SIGON na prestação de contas do movimento de operações de tesouraria, de acordo com os critérios definidos no PDCP | 1 | 2 | 2 | Registo metódico dos factos, sendo que todas as operações devem ser relevadas de uma forma sistemática e sequencial e todas as passagens dos documentos pelos diversos sectores devem ficar registadas. |
| GRH01 | Gab | Gestão de recursos humanos | Atribuição indevida de subsídio transporte (passe mensal) | 1 | 1 | 1 | Obtenção de Despacho superior; Processamento mediante a apresentação de comprovativo de aquisição do título transporte em consonância com o n.º de cartão passe único de transporte. |
| GRH02 | Gab | Gestão de recursos humanos | Comprometimento da isenção e a imparcialidade e vigas no exercício de funções públicas | 2 | 2 | 4 | Revisão anual de todos os pedidos de acumulação de funções. |
| GRH03 | Gab | Gestão de recursos humanos | Exercício da atividade privada durante o horário de trabalho | 2 | 2 | 4 | Utilização dos mecanismos legais para o reporte de eventual envolvimento em condutas consideradas inapropriadas legais. |
| GRH04 | Gab | Gestão de recursos humanos | Exercício de atividades não autorizadas | 2 | 2 | 4 | Obrigatoriedade de apresentação de requerimento de acumulação de funções nos termos definidos nos artigos 19 e seguintes da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas aprovada e publicada em Anexo à lei n.º 35/2014, de 20 de junho; Divulgação na intranet, todas as normas, minutas e procedimentos a observar nos pedidos de autorização, alteração e cessação de acumulação de funções (artigo 14.º do RGPC). |
| GRH05 | Gab | Gestão de recursos humanos | Favorecimento ou prejuízo na escolha de recursos humanos a retribuir | 2 | 2 | 4 | Publicação do anúncio na Bolsa de Emprego Público (www.bep.gov.pt); Publicação dos anúncios na página eletrónica do IASFA; Observância do regime legal sobre recrutamento e seleção na AP; Elaboração de processo administrativo (decisão do dirigente, CV do candidato, informação da UO, decisão superior, pedido do serviço de origem e respetiva resposta). |
| GRH06 | Gab | Gestão de recursos humanos | Intervenção no procedimento de recrutamento de recursos humanos, evidenciando ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção de pessoal e dos resultados das decisões de avaliação. | 1 | 1 | 1 | Proceder à nomeação de jurís diferenciados para cada concurso; Garantir a integração do Chefe da UO no juízo do procedimento; Elaborar e divulgar manual de procedimentos de recrutamento, incluir critérios objetivos de seleção. |
| GRH07 | Gab | Gestão de recursos humanos | Manipulação do processamento das remunerações | 1 | 1 | 1 | Segregação de funções; Procedimentos inerentes ao processamento de salários. |
| GRH08 | Gab | Gestão de recursos humanos | Segurança da Informação - Divulgação de Informação Confidencial | 1 | 1 | 1 | Acesso aos processos individuais restrito aos trabalhadores da área de RH e a interessados legitimados; Garantir o acesso restrito e controlado ao arquivo físico; Implementar a digitalização do histórico documental. |
| GRP01 | Dir | Gestão de recursos patrimoniais | Adjudicação de obras desnecessárias ou património do IASFA | 2 | 2 | 4 | Avaliação do estado de conservação dos imóveis e das obras necessárias efetuadas sempre por 2 representantes e confirmadas pelo Chefe de Divisão e Diretor de Serviços. |
| GRP02 | Dir | Gestão de recursos patrimoniais | Defeitos de obras por incumprimento contratual nas empreitadas e deficiências de fiscalização do IASFA nos atos de mediação e vistoria | 1 | 2 | 2 | Deslocação de 2 representantes do IASFA a todas as vistorias para auto de mediação, recepção provisória e definitiva de obras. |
| GRP03 | CAS1 | Gestão de recursos patrimoniais | Deficiente controlo dos processos de cedência de espaços | 1 | 1 | 1 | Preenchimento de mapas com as atividades deste âmbito e posteriormente emissão de faturas e recibos dos pagamentos. |
| GRP04 | Gab | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - A | 2 | 2 | 4 | Assegurar em planeamento anual de orçamento verbas para investimento em bens patrimoniais. |
| GRP05 | Gab | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - A | 2 | 2 | 4 | Assegurar em planeamento anual as necessidades de investimento em bens patrimoniais. |
| GRP06 | CAS1 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 2 | 2 | 4 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. |
| GRP07 | CAS2 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 1 | 2 | 2 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. |
| GRP08 | Dir | Gestão de recursos patrimoniais | Sobreevaliação do estado de conservação do fogo, com estimação de dispêndio de verbas exageradas para a sua reparação. | 1 | 2 | 2 | Deslocação ao fogo de 2 representantes. Um (1) representante da Área de Infraestruturas, devidamente habilitado para avaliar o estado de conservação do fogo. O outro representante, da Área de Habitação, para efetuar a receção do locado. Preenchimento do impresso adequado à avaliação do fogo. Avaliação do estado de conservação, de acordo com o expresso no "Metodo de avaliação do estado da conservação de imóveis" (MAEC), desenvolvido pelo Laboratório Nacional de Engenharia Civil. |
| GRP09 | Dir | Gestão de recursos patrimoniais | Sobreevaliação do estado de conservação do fogo, provendo que a verba de ressarcimento pelo arrendatário ao IASFA, seja inferior à adequada | 1 | 2 | 2 | Deslocação ao fogo de 2 representantes. Um (1) representante da Área de Infraestruturas, devidamente habilitado para avaliar o estado de conservação do fogo. O outro representante, da Área de Habitação, para efetuar a receção do locado. Preenchimento do impresso adequado à avaliação do fogo. Avaliação do estado de conservação, de acordo com o expresso no "Metodo de avaliação do estado da conservação de imóveis" (MAEC), desenvolvido pelo Laboratório Nacional de Engenharia Civil. |
| GRP10 | Dir | Gestão de recursos patrimoniais | Sobreevaliação do valor base da renda, com possível consequência de uma verba mais baixa a ser cobrada pelo IASFA. | 1 | 2 | 2 | Valor base da renda em regime de Renda Livre, calculado através dos valores médios para 3 imóveis de tipologia idêntica, expressos em, pelo menos, 2 sites imobiliários de referência, com localização do locado. |
| GIS01 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Acesso a dados pessoais e sensíveis | 2 | 2 | 4 | Implementação de políticas de acesso, de acordo com o princípio do privilégio mínimo. |
| GIS02 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Acesso a recursos do IASFA por entidades estranhas ou não autorizadas | 1 | 3 | 3 | Implementação de políticas de acesso, de acordo com o princípio do privilégio mínimo. |
| GIS03 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 1 | 2 | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos em pastas abrangidas por esse sistema. |
| GIS04 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação | 1 | 2 | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções; Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. |

100

| tipo_A | tipo_UO | atividade | potencial Risco | PO | I | significância do risco | medidas mitigadoras propostas |
|---------|---------|--|---|----|---|------------------------|---|
| GS105 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 2 | 2 | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. |
| GS106 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Incorreta utilização das aplicações e/ou bases de dados, com risco de informação errada, dificuldade de integração e perda de dados | 1 | 2 | 2 | Proporcionar aos colaboradores a adequada formação para a correta utilização das aplicações, respeitando minuciosamente os procedimentos instituídos. |
| GS108 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Não atualização de programas e sistemas operativos informáticos. | 1 | 2 | 2 | Manter atualizados programas em todos os servidores de rede e workstations. |
| GS109 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Aumento dos ciberataques | 2 | 2 | 4 | Promover, através dos meios de divulgação possíveis, a informação dos utilizadores alertando-os para os constantes ataques de software malicioso e preparando os para evitar o risco e, quando necessário, minimizar os danos. |
| GS110 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Uso indevido de identidade e partilha de credenciais entre utilizadores | 3 | 2 | 6 | Sensibilização dos utilizadores para os riscos e responsabilidades associados à partilha de credenciais; implementação de sistema de identidade única (e nominal) para colaboradores da IASFA; implementação de política de impossibilidade de acesso em mais do que dois terminais em simultâneo. |
| GS111 | Gab | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos da IASFA para fins não autorizados superiores. | 2 | 2 | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. |
| GS112 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Utilização de credenciais genéricas para o acesso a recursos | 1 | 2 | 2 | Implementação de política de restrição à utilização de credenciais genéricas; Implementação de política de criação de credenciais nominais (sem privilégios específicos (e.g. administrador de sistemas). |
| GS17 | Gab | Gestão de sistemas de informação | Inexistência de identidade única de colaborador da IASFA - limitação na alteração de credenciais nos vários sistemas; dificuldade na garantia de aplicação do princípio da privacidade mínima | 2 | 2 | 4 | Implementação de sistema de identidade única (e nominal) para colaboradores da IASFA; Implementação de políticas de acesso, de acordo com o princípio do privilégio mínimo. |
| PE01 | Gab | Planeamento estratégico | Falta de fiabilidade nas fontes de informação | 1 | 3 | 3 | Cruzamento de dados; análise de período homólogo e registo de tendências |
| SegDAD1 | Gab | Segurança e Defesa Alimentar | Deterioração e contaminação dos géneros | 1 | 3 | 3 | Formação dos funcionários em higiene alimentar e realização de supervisões/visitas técnicas. |
| SegDAD2 | CAS1 | Segurança e Defesa Alimentar | Receção inadequada de géneros | 1 | 2 | 2 | Controlo de entrada de géneros, verificação de prazos de validade. |
| TIGD01 | CAS1 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 2 | 2 | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Secção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. |
| TIGD02 | Gab | Tratamento de Informação e Gestão documental | Acesso a informação restrita/confidencial por pessoas não autorizadas | 1 | 3 | 3 | Monitorização periódica do acesso à pasta digital de informação confidencial; estratificação do acesso à documentação por áreas funcionais e níveis de segurança atribuída (Pastas com acessos controlados e restritos). Reforço do controlo por 2ª pessoa e supervisão hierárquica da tramitação dos processos por forma a garantir o acesso restrito aos documentos. |
| TIGD03 | Dir | Tratamento de Informação e Gestão documental Benefícios Públicos | Admissão indevida de beneficiários na Ação Social Complementar | 1 | 2 | 2 | Aplicação da Portaria n.º 3238/2010, de 14 de dezembro - Regulamento dos Beneficiários do IASFA, I, II; segregação de funções ao nível da proposta, avaliação de conformidade e decisão; rastreamento dos funcionários que integram beneficiários no SIASC. |
| TIGD04 | Dir | Tratamento de Informação e Gestão documental | Adulteração do resultado inquéritos de satisfação (Turismo/Lazer) | 1 | 1 | 1 | Criação de inquéritos digitais de forma online, com fatores de avaliação mensuráveis e que possibilitem uma melhoria contínua. Implementação de inquérito digital que permita a tradução do mesmo em diversas línguas de acordo com os países congéneres CLUMS. Análise por outra Unidade responsável pelo tratamento de dados estatísticos, exógena à DTL. |
| TIGD05 | Dir | Tratamento de Informação e Gestão documental | Atos médicos prescritos e faturas não serem correspondentes (em Regime livre/Regime Convencionado) o ato realizado | 1 | 2 | 2 | Os processadores e verificadores em caso de dúvida devem solicitar sempre os necessários esclarecimentos à assessoria médica. |
| TIGD06 | Gab | Tratamento de Informação e Gestão documental | Atribuição indevida de perfis no acesso a gestão documental | 1 | 2 | 2 | Implementação de instrução Permanente - Gestão documental - Normas Relativas ao tratamento do expediente da Secretaria Central da IASFA, utilização de pastas digitais por Unidade Orgânica para acesso restrito à informação/documentação, promoção da disponibilização do registo periódico dos acessos ao arquivo digital pelos responsáveis pelos sistemas de informação e acompanhamento e supervisão hierárquica dos referidos acessos. |
| TIGD07 | Dir | Tratamento de Informação e Gestão documental | Desatualização do cadastro dos beneficiários - SIASC | 1 | 2 | 2 | Atualização de dados dos beneficiários da ASC e da ADM de forma a garantir unicidade de registo. Monitorização periódica. Adoção de medidas de sensibilização para a atualização de dados. |
| TIGD08 | CAS1 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - limpeza ambiental; ação humana e/ou animais naturais | 2 | 1 | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. |
| TIGD09 | Dir | Tratamento de Informação e Gestão documental | Existência de situações de favoritismo injustificado a um determinado beneficiário (Turismo/Lazer) | 1 | 2 | 2 | Concursos para a área de Turismo e Lazer realizados através do Portal do Beneficiário, de forma a garantir a rastreabilidade processual. Uniformização e consolidação da informação relativa a todos os beneficiários que concorrem a programas de férias e lazer, de acordo com a instrução permanente no âmbito do alojamento temporário para férias, lazer e viagens. Os critérios de seleção devem ser publicados no site da IASFA e serem previamente aprovados pelo CD. A listagem de todos os candidatos (selecionados e em reserva) deve ser enviada, individualmente por e-mail, ou outra forma, quando esta não é possível, a todos os candidatos. Sempre que após a seleção haja ainda vagas por preencher, deverá ser publicitado no site da IASFA essa informação. Deve existir um arquivo do histórico para consulta dos dados que deram origem à seleção, pelo menos dos últimos 3 anos. |
| TIGD10 | Dir | Tratamento de Informação e Gestão documental | Falta de controlo dos descontos a efetuar pelas entidades pagadoras | 1 | 2 | 6 | Implementação da Portaria nº 56/2018 |
| TIGD11 | Gab | Tratamento de Informação e Gestão documental | Falta de encaminhamento, ou encaminhamento indevido, dos documentos recebidos no Conselho Diretivo resultante da inexistência de um sistema de gestão documental | 1 | 3 | 3 | Implementação de um sistema de informação de Gestão documental para encaminhamento de todos os documentos; utilização simultânea do envio físico dos documentos através de entrega personalizada e utilização de correio interno; controlo de prazos em articulação com os serviços; verificação de casos pontuais e controlo de reclamações. |
| TIGD12 | Dir | Tratamento de Informação Benefícios Públicos | Favorecimento de beneficiários a serem admitidos em ERPI | 1 | 2 | 2 | Disponibilização das listas para consulta no SIASC, rastreabilidade dos beneficiários selecionados (género/tipo de candidatura individual ou castal) em lista de candidatos a serem admitidos face ao número de vagas a admitir pelas ERPI. |
| TIGD13 | Dir | Tratamento de Informação Benefícios Públicos | Incluir indevidamente beneficiários na lista de candidatos que não reúnem as condições estabelecidas no Manual de Processos-Chave ou cujo processo documental de candidatura não esteja completo. | 1 | 2 | 2 | Avaliação da conformidade das propostas de candidatura lançadas pelo Serviço Social do Centro de Apoio Social (CAS); aplicação do Manual de Processos-Chave, aprovado pelo Conselho Diretivo (CD), que define normas e procedimentos; Informatização do processo de integração de beneficiários em lista de candidatos no SIASC; disponibilização das listas para consulta no SIASC. |
| TIGD14 | Gab | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades da IASFA | 1 | 2 | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados - Regulamento Interno da IASFA. |
| TIGD15 | Dir | Tratamento de Informação e Gestão documental | Não calcular/cálculo indevido de mensalidades das ERPI | 1 | 2 | 2 | Informatização do processo de cálculo de mensalidades. Controlo de movimentos mensais no SIASC (as listagens mensais são enviadas mensalmente pelos Diretores Técnicos ao GPODF para integração automatizada da faturação mensal no IIG/DN). |
| TIGD16 | Dir | Tratamento de Informação e Gestão documental | Processamento de faturação indevida as farmácias | 3 | 2 | 6 | Upgrade das aplicações informáticas em vigor de forma a permitir a implementação de tabelas de incompatibilidades com as regras em vigor, e a permitir a validação direta (com o INFARME). |
| TIGD17 | Dir | Tratamento de Informação e Gestão documental | Variação Documental deficitária da faturação pelas farmácias | 2 | 2 | 4 | Formação especializada aos elementos integrantes do processo. |



Handwritten blue ink marks, including a signature and the initials 'PC C'.

Relatório - Plano de Prevenção de Riscos Corrupção e Infrações Conexas -
PPRCIC 2022

Ano de 2023

Anexo C

Monitorização das medidas implementadas (respostas das UO)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-------|-----|----------|--|---|------------------------|---|---|
| U | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| DSASC | 1 | TIGD03 | Tratamento de Informação e Gestão documental Benefícios Públicos | Admissão indevida de beneficiários na Ação Social Complementar | 2 | Aplicação da Portaria n.º 1238/2010, de 14 de dezembro - Regulamento dos Beneficiários do IASFA, I.P.; segregação de funções ao nível da proposta, avaliação da conformidade e decisão; rastreamento dos funcionários que integram beneficiários no SIASC. | Medidas implementadas/em vigor 2023 Consta do plano, mas não do relatório. Medida já em execução, não representa risco. |
| DSASC | 2 | TIGD04 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Auditeração do resultado inquéritos de satisfação (Turismo/Lazer) | 1 | Criação de inquéritos digitais de forma online, com fatores de avaliação mensuráveis e que possibilitem uma melhoria contínua. Implementação de inquérito digital que permita a tradução do mesmo em diversas línguas de acordo com os países congéneres CLIMS. Análise por outra Unidade responsável pelo tratamento de dados estatísticos, exógena à DTL. | Consta do plano, mas não do relatório. Medida já em execução, não representa risco. |
| DSASC | 3 | CS02 | Contribuições e subsídios | Atribuição de participações indevidas da área do Antigo Coife de Providência | 3 | Segregação de funções ao nível da proposta, avaliação da conformidade e decisão. | Consta do plano, mas não do relatório O processo de aquisição e implementação de um novo sistema informático poderá reduzir significativamente este risco, no entanto prevê-se ser moroso, pelo que importa encontrar meios alternativos até à implementação do novo sistema de informação. Existe a possibilidade de fazer extração de dados para excel e processar os dados (CRM), mas ainda não estão disponíveis todas as informações essenciais para efetuar estas análises que implicam a existência de recursos humanos com conhecimentos informáticos que possam criar os relatórios necessários (apenas um no IASFA) assim como recursos humanos com conhecimentos funcionais para analisar os dados extraídos e cruzar a informação. O relatório do Tribunal de Contas apontou para um conjunto de situações passíveis de serem detetadas com a informação registada no sistema, o qual não está a validar automaticamente e que representava um valor significativo na amostra recolhida. Com a redução do número de colaboradores disponíveis para executar este tipo de tarefas, por pedidos de mobilidade para outros organismos, este risco sofreu um aumento assinalável. Poderá ser reduzido com um aumento de recursos humanos efetivos, nomeadamente Técnicos Superiores. Considerando a dificuldade em preencher as vagas com os concursos internos, sugere-se considerar concursos externos, para admitir nomeadamente os elementos do IEPF que demonstraram adaptar-se bem ao serviço e com claro interesse em trabalhar nesta área e que, de outra forma, não poderão concorrer. Propõe-se aumentar o impacto do risco para elevado (3). |
| DSASC | 4 | CS03 | Contribuições e subsídios | Atribuição de participações indevidas no âmbito da Ação Social Complementar | 3 | Segregação de funções ao nível da proposta, avaliação de conformidade e decisão; aplicação das Instruções Permanentes (IP), aprovadas pelo Conselho Diretivo (CD); rotatividade de funções na equipa de trabalho | As dívidas inerentes ao processo, relativamente aos produtos de apoio e complementares, com a implementação da portaria 484/2023, deverão ser sanadas ou reduzidas significativamente, uma vez que passa a ser o IFAIR a identificar e enquadrar os elementos, passando a ADM a meramente processar/registar as despesas sem necessidade de interpretação que despoletava a necessidade de formação especializada. Relativamente às faturas, requer uma alteração do processo, atualmente manual, por forma a aumentar a eficiência e eficácia da verificação, sendo de salientar a elevada volumetria destas despesas que dificultam a verificação. Acrece a limitação dos recursos humanos disponíveis para esta tarefa, considerando a baixa prolongada de um dos dois elementos. Poderá ser considerado a contratualização de serviços de digitalização e verificação para substituir a falta de recursos. |
| DSASC | 5 | GRP02 | Gestão de recursos patrimoniais | Defeitos de obras por incumprimento contratual nas empreitadas e deficiência de fiscalização do IASFA nos autos de mediação e vistorias | 2 | Deslocação de 2 representantes do IASFA a todas as vistorias para autos de mediação, receção provisória e definitiva de obras. | Implementada. A deslocação é efetuada por um representante da Fiscalização e por um outro técnico superior da Área de Infraestruturas ou, eventualmente, por um Delegado de Apoio Direto da Área de Habitação. <u>Realizado auto de vistoria/vísita assinado pelos vistoras.</u> |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-------|-----|--------|---|---|------------------------|---|---|
| NO | Num | ativ | atividade | potencial Risco | Significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| DSASC | 6 | TIGD07 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Desatualização do cadastro dos beneficiários - SIASC | 2 | Atualização de dados dos beneficiários da ASC e da ADM de forma a garantir unicidade de registo. Monitorização periódica. Adoção de medidas de sensibilização para a atualização de dados. | Implementada. Registo dos dados de beneficiários e respetiva atualização no sistema SIASC por parte da Área Administrativa da DAS. Rotina automatizada de atualização de contactos de beneficiários da ADM no sistema SIASC. |
| DSASC | 7 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. | Implementada. Na globalidade, os documentos são digitalizados e inseridos no sistema SIASC, estando disponíveis para consulta a utilizadores com as devidas permissões. Documentação desatualizada em arquivo analógico numa infraestrutura descentralizada. |
| DSASC | 8 | TIGD09 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Existência de situações de favoritismo injustificado a um determinado beneficiário (Turismo/Lazer) | 2 | Concursos para a área de Turismo e Lazer realizados através do Portal do Beneficiário, de forma a garantir a rastreabilidade processual. Uniformização e consolidação da informação relativa a todos os beneficiários que concorrem a programas de férias e lazer, de acordo com a instrução permanente no âmbito do alojamento temporário para férias, lazer e viagens. Os critérios de seleção devem ser publicitados no site do IASFA e serem previamente aprovados pelo CD. A listagem de todos os candidatos (selecionados e em reserva) deve ser enviada, individualmente por e-mail, ou outra forma, quando esta não é possível, a todos os candidatos. Sempre que após a seleção haja ainda vagas por preencher, deverá ser publicitado no site do IASFA essa informação. Deve existir um arquivo do histórico para consulta dos dados que deram origem à seleção, pelo menos dos últimos 3 anos. | Implementada. Os critérios de seleção aprovados pelo CD estão publicitados no site do IASFA. Os candidatos (selecionados e em reserva) são contactados individualmente por e-mail, ou outra forma, quando esta não é possível. É estabelecido contacto telefónico quando não é rececionado email com manifestação de interesse na aceitação da reserva. Após a seleção, caso existam vagas por preencher, é publicitado no site do IASFA essa informação. Existe uma base de dados atualizada, para consulta dos dados que deram origem à seleção, pelo menos dos últimos 3 anos, de forma a garantir rastreabilidade. Atualmente, todos os registos são efetuados na Plataforma do Beneficiário. |
| DSASC | 9 | TIGD12 | Tratamento de Informação Benefícios Públicos | Favorecimento de beneficiários a serem admitidos em ERPI | 2 | Disponibilização das listas para consulta no SIASC; rastreabilidade dos beneficiários selecionados (género/tipo de candidatura individual ou casal) em lista de candidatos a serem admitidos face ao número de vagas a admitir pelas ERP. | Implementada. Candidaturas efetuadas pelos beneficiários através das TSS do CAS respetivo, incluindo análise socioeconómica, com inserção documental no sistema SIASC. A validação documental é efetuada posteriormente pelas TSS de DAS. No momento da validação pelo Chefe de DAS válida informação da TSS do CAS respetivo, com validação pela TSS da DAS, pelo Chefe de DAS e pelo Diretor da DSASC. A aprovação é efetuada pelo CD. |
| DSASC | 10 | TIGD13 | Tratamento de Informação Benefícios Públicos | Incluir indevidamente beneficiários na lista de candidatos que não reúnem as condições estabelecidas no Manual de Processos-Chave ou cujo processo documental de candidatura não esteja completo. | 2 | Avaliação da conformidade das propostas de candidatura lançadas pelo Serviço Social do Centro de Apoio Social (CAS); aplicação do Manual de Processos-Chave, aprovado pelo Conselho Diretivo (CD), que define normas e procedimentos; Informatização do processo de integração de beneficiários em lista de candidatos no SIASC; disponibilização das listas para consulta no SIASC. | Implementada. Candidaturas efetuadas pelos beneficiários através das TSS do CAS respetivo, incluindo análise socioeconómica, com inserção documental no sistema SIASC. A validação documental é efetuada posteriormente pelas TSS de DAS. No momento da pré-admissão o Chefe de DAS valida informação da TSS do CAS respetivo, com validação pela TSS da DAS, pelo Chefe de DAS e pelo Diretor da DSASC. A aprovação é efetuada pelo CD. |
| DSASC | 11 | GAPC05 | Gestão de atividades e clientes dos Postos Clínicos | Não atualização da tabela de preços a praticar. | 3 | Propor os procedimentos a adotar para o controlo da receita. Atualizar os sistemas de informação. | Implementada. Aprovação pelo CD da atualização da Instrução Permanente AS 12 - Regulamento Geral dos Postos Clínicos SAMED do IASFA, bem como dos regimes de co-pagamento, a coberto da Deliberação n.º 14/CD/2023, de 30 MAR. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 | | |
|-------|-----|--------|--|--|-----------------|--|---|------|-------------------------------------|
| Ord | Num | cod | atividade | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau | Medidas Implementadas/em vigor 2023 |
| DSASC | 12 | TIGD15 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Não calcular/cálculo indevido de mensaisidades das ERPI | 2 | Informalização do processo de cálculo de mensaisidades. Controle de movimentos mensais no SIASC cujas listagens mensais são enviadas mensalmente pelos Diretores Técnicos ao GRGFO para integração automatizada da faturação mensal no SIG/DNI. | Implementada. Cálculo das mensaisidades efetuado tendo em conta a tipologia de quarto e os rendimentos do residente, com inserção no sistema SIASC pelas TSS do CAS respetivo. O cálculo de situações em que exista Diferencial é efetuado pelas TSS do CAS respetivo, assentes no IP AS-02 Capitalização. O valor do Diferencial é validado posteriormente pelas TSS da DAS e proposto pelo Chefe d'EDAS através de informação com validação do Diretor da DSASC. A aprovação é efetuada pelo CD. | i | |
| DSASC | 13 | GRP05 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - A | 4 | Assegurar em planeamento anual as necessidades de investimento em bens patrimoniais. | Implementada. Planeamento das intervenções em Plano de Obras pela DGP após consulta dos CAS, através de informação validada pela Chefe da DGP e pelo Diretor da DSASC, com decisão pelo CD. <u>IP.E. 01 de 28 de março 2021</u> | i | |
| DSASC | 14 | GRP08 | Gestão de recursos patrimoniais | Sobreavaliação do estado de conservação do fogo, com estimativa de dispêndio de verbas exageradas para a sua reparação. | 2 | Deslocação ao fogo de 2 representantes. Um (1) representante da Área de Infraestruturas, devidamente habilitado para avaliar o estado de conservação do fogo. O outro representante, da Área de Habitação, para efetuar a receção do localo. Preenchimento do impresso adequado à avaliação do fogo. Avaliação do estado de conservação, de acordo com o expresso no "Método de avaliação do estado da conservação de imóveis" (MAEC), desenvolvido pelo Laboratório Nacional de Engenharia Civil. | Implementada. Avaliação efetuada por colaborador da Área de Infraestruturas - Fiscalização e por colaborador da Área de Habitação. <u>Realizado Auto de vistoria/visita assinado pelos presentes.</u> | i | |
| DSASC | 15 | GRP09 | Gestão de recursos patrimoniais | Subavaliação do estado de conservação do fogo, provocando que a verba de ressarcimento pelo arrendatário ao IASFA, seja inferior à adequada. | 2 | Deslocação ao fogo de 2 representantes. Um (1) representante da Área de Infraestruturas, devidamente habilitado para avaliar o estado de conservação do fogo. O outro representante, da Área de Habitação, para efetuar a receção do localo. Preenchimento do impresso adequado à avaliação do fogo. Avaliação do estado de conservação, de acordo com o expresso no "Método de avaliação do estado da conservação de imóveis" (MAEC), desenvolvido pelo Laboratório Nacional de Engenharia Civil. | Implementada. Avaliação efetuada por colaborador da Área de Infraestruturas - Fiscalização e por colaborador da Área de Habitação. <u>Realizado Auto de vistoria/visita assinado pelos presentes.</u> | i | |
| DSASC | 16 | GRP10 | Gestão de recursos patrimoniais | Subavaliação do valor base da renda, com possível consequência de uma verba mais baixa vir a ser cobrada pelo IASFA. | 2 | Valor base da renda em regime de Renda Livre, calculado através dos valores médios para 3 imóveis de tipologia idêntica, expressos em, pelo menos, 2 sites imobiliários de referência, com localização do localo. | Implementada. Proposta apresentada, através de informação, pelo Delegado de Apoio Direto responsável pela Área geográfica, com validação pela Chefe da DGP e pelo Diretor da DSASC. Verificação dos valores mínimos e máximos contratados para o parque habitacional e não habitacional. A aprovação é efetuada pelo CD. | i | |
| DSASC | 17 | G5H1 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados posteriormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Implementada parcialmente. O IASFA disponibiliza um canal de denúncias, que poderá ser utilizado de forma anónima ou com identificação do denunciante, por escrito e/ou verbalmente, através do canal digital "Portal das Denúncias" do MDN (https://portal.denuncias.defesa.gov.pt/DSN/?nav=qsTpkidicoj). O link para este canal encontra-se no separador "Institucional" do website do IASFA, tendo sido divulgado junto de todos os colaboradores do IASFA pela Newsletter n.º 44/2023, de 24 AGO. | i | |
| DSASC | 18 | GF404 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUMIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | Implementada. Preenchimento do Mapa por colaborador da DGP, mensalmente, com envio ao GRM, com conhecimento da Chefe da DGP e do Diretor da DSASC. <u>Os últimos registos não se observam por inoperacionalidade dos viaturas da EMI.</u> | i | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-------|-----|-----------|--|--|------------------------|--|---|
| UN | Num | Cod. Ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| DSADM | 1 | TIGD05 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Atos médicos prescritos e faturas não serem correspondentes com (Regime livre/Regime Convencionado) o ato realizado | 2 | Os processadores e verificadores em caso de dúvida devem solicitar sempre os necessários esclarecimentos à assessoria médica. | Os processadores e verificadores, em caso de dúvida, solicitam sempre os necessários esclarecimentos à competente assessoria técnica/médica. Com a redução do número de colaboradores disponíveis para executar este tipo de tarefas, por pedidos de mobilidade para outros organismos, este risco sofreu um aumento assinalável. Poderá ser reduzido com um aumento de recursos humanos efetivos, nomeadamente Técnicos Superiores. Considerando a dificuldade em preencher as vagas com os concursos internos, sugere-se considerar concursos externos, para admitir nomeadamente os elementos do IEP que demonstraram adaptar-se bem ao serviço e com claro interesse em trabalhar nesta área e que, de outra forma, não poderão concorrer. Propõe-se aumentar a PO para média (2) e eventualmente o nível do risco |
| DSADM | 2 | CS01 | Contribuições e subsídios | Atribuição de participações indevidas de despesas com lares e casas de repouso, apoio domiciliário por terceira pessoa ou por familiar | 3 | Segregação de funções ao nível da proposta, avaliação da conformidade e decisão; acompanhamento e validação mensal das listas para aferição de dados; aplicação da instrução Permanente (IP) aprovada pelo Conselho Diretivo (CD) e obrigatoriedade do preenchimento dos formulários em anexo à I.P.; rotatividade de funções na equipa de trabalho. | Segregação de funções ao nível da proposta, avaliação da conformidade e decisão; acompanhamento e validação mensal das listas para aferição de dados e obrigatoriedade de apresentação de toda a documentação necessária para o efeito. Existe apenas um colaborador a executar esta função, estando a ser formados mais elementos por forma a assegurar a segregação de funções, assim como a continuidade e redundância destas tarefas, contribuindo para a redução deste risco. |
| DSADM | 3 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesfob; Destruição de Arquivo | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos/arquivos de documentação; Desinfestação anual das instalações e Digitalização da documentação. Contrato atual de limpeza insuficiente (1 pessoa 4h por dia - não chega para as áreas de trabalho e não contempla os arquivos), alterar o mapa de quantidades. A manutenção dos espaços circundantes merece igual atenção, nomeadamente os espaços verdes assim como a acumulação de resíduos inflamáveis, como paletes de madeira). Considerando que aumenta o risco de incêndio nestas instalações. Falta a definição da política de arquivo (definição de prazos de conservação e destruição, entre outros, conforme definido pelo DL 121/92, 02 de julho), que permitam melhorar a gestão do espaço de arquivo ocupado. Está em implementação o processo de digitalização dos processos (acordos), estando os novos processos de acordo a serem totalmente desmaterializados. Existe a possibilidade de contractualização de serviços de digitalização dos processos (novos e antigos) - em avaliação, que poderá reduzir a necessidade do espaço de arquivo. Está a ser estudada a possibilidade de desmaterializar parte ou toda a documentação suporte das despesas, tendo já sido identificada a necessidade de maior espaço de armazenamento digital. |
| DSADM | 4 | TIGD10 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Controlo deficiente dos descontos a efetuar pelas entidades pagadoras | 6 | Implementação da Portaria nº 56/2018. | Portaria 56/2018 implementada (os ficheiros são enviados pelas entidades patronais em formato xml). Controlo mensal dos descontos que assegure que todas as entidades patronais procederam à entrega dos descontos devidos. As entidades que não procederem à entrega são contatadas para regularizar as mesmas. Propõe-se alterar a atividade para se distinguir da atividade 3 e ficar consistente com a área identificada no plano de riscos. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-------|-----|-----------|--|---|------------------------|---|---|
| NO | Num | cod. ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas Implementadas/em vigor 2023 |
| DSADM | 5 | CS04 | Contribuições e subsídios | Processamento de participações efetuadas em entidades com acordo (Regime livre/Regime Convencionado) | 3 | Confirmação do código junto dos Acordos. A aplicação ADM alerta para o facto de determinada entidade ter acordo com a ADM mas não o código especificamente. | O SIADM não está a validar o ato médico, apenas a entidade. Espera-se que seja ultrapassado com o novo sistema de informação ou através da contratação de serviços de modificação do atual SIADM. Na dúvida, o processador, poderá obter esclarecimentos junto do Setor de Acordos. Está a ser preparada esta informação para facilitar a consulta por todos os processadores. Propõe-se o aumento da probabilidade de ocorrência para 2, tendo sido detetadas mais situações em que a entidade fatura individualmente atos convencionados como atos do regime livre, em alguns casos aumentando o valor da despesa suportada pelo IASFA e pelo beneficiário |
| DSADM | 6 | CS05 | Contribuições e subsídios | Processamento de participações em códigos errados (Regime livre/Regime Convencionado) | 3 | Verificação da faturação por terceira pessoa | Segregação das funções: entrada, processamento e verificação são executados por colaboradores distintos. Risco mais reduzido no regime convencionado, por existir um acordo que obriga aos prestadores a faturar com os códigos convencionados. A saída, sem substituição, de recursos humanos aumenta este risco, por reduzir o número de processos passíveis de serem verificados, para evitar atrasar o processamento com os juros que daí podem advir. Os procedimentos com autorização prévia têm mais dois níveis de verificação, representando menor risco nas despesas de maior valor. A implementação de ferramentas de inteligência artificial poderiam reduzir este risco. Existem prestadores de serviços de digitalização que inclui conferências definidas pelo cliente (por ex. CTT) que poderão ser contratualizado até à aquisição e entrada em produção do novo sistema de informação, que se pretende que inclua ferramentas de inteligência artificial. |
| DSADM | 7 | CS06 | Contribuições e subsídios | Processamento de participações mais recentes em detrimento de outras mais antigas (Regime livre/Regime Convencionado) | 3 | Alinhamento das pastas para processamento pela antiguidade dos documentos e pela data de entrada na ADM e não pelos números sequenciais das pastas. | Medida implementada: Alinhamento das pastas para processamento pela antiguidade da data de entrada na ADM. O processamento das faturas é efetuado por ordem de chegada, não sendo viável ou recomendado fazer por data do documento. Estas faturas apenas podem ser processadas se rececionado o documento físico (papel) e, no caso do regime convencionado requer ainda o correspondente ficheiro digital que, se não for recebido qualquer um dos formatos é devolvido o processo ao prestador. |
| DSADM | 8 | TIGD16 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Processamento de faturação indevidas às farmácias | 6 | Upgrade das aplicações informáticas em vigor de forma a permitir a implementação de tabelas de incompatibilidades com as regras em vigor, e a permitir a validação direta com o INFARMED. | Com a publicação da portaria 444/2023, passaram a estar definidos os códigos dos produtos de apoio e complementares que têm direito a comparticipação. Requer que os médicos preservem os produtos com a clara identificação dos códigos, por forma a evitar situações de dispensa indevida deste tipo de produtos. Implementação da nova tabela no SIADM, sendo a responsabilidade de desenvolvimento da aplicação de controlo atribuída ao HEAR (Portaria 444/2023). |
| DSADM | 9 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Este risco, no plano de riscos, encontra-se no âmbito das tecnologias de informação, sendo da responsabilidade do GSIC a sua monitorização, a qual poderá ser efetuada através de ferramentas específicas para esse efeito e definição de restrições de acessos a sites, entre outros. Já existe um portal de denúncias na Intranet do IASFA que permite a qualquer colaborador denunciar eventual comportamento desviante, caso detetem uma situação desta natureza, além dos respetivos chefes hierárquicos. Não é praticável controlar estes acessos, não se identificando este tipo de comportamentos. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-------|-----|-----------|---------------------------|---|------------------------|--|---|
| NO | Num | cod. ativ | atividade | potencial risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| DSADM | 10 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | Não existe frota automóvel na DSADM ou cartão de combustível, pelo que este risco não existe nesta Direção. Propõe-se reduzir este risco para inexistente. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----------|--|---|-------------------------------|---|---|------|
| Un | Cod. Ativ | atividade | potencial Risco | significan cia do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas Implementadas/em vigor 2023 | grau |
| CASA | 1 | TIGD01 Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Seção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | Foi feito e está em execução | i |
| CASA | 2 | GRP03 Gestão de recursos patrimoniais | Deficiente controle dos processos de cedência de espaços | 1 | Preenchimento de mapas com as atividades deste âmbito e posteriormente emissão de faturas e recibos dos pagamentos. | Cumpridas as medidas mitigadoras propostas para esta atividade (gestão de recursos patrimoniais) | i |
| CASA | 3 | TIGD08 Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. | Falta implementar parte da digitalização dos documentos, bem como a implementação do novo sistema de gestão documental E-Doc Link. Em execução a destruição de arquivo, de acordo com a lei. | p |
| CASA | 4 | SegDA01 Segurança e Defesa Alimentar | Deterioração e contaminação dos géneros | 3 | Formação dos funcionários em higiene alimentar e realização de supervisão/visitas técnicas. | Foi efetuada formação em higiene e segurança alimentar a 4 funcionários do setor de alimentação na UEFISM | i |
| CASA | 5 | GS103 Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | E executada | n |
| CASA | 6 | GAPC01 Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Falha na avaliação e consolidação das necessidades de materiais e equipamentos de consumo clínico | 1 | Rigoroso controlo de consumos e stocks. | Cumprido o rigoroso controlo de consumos de stocks | i |
| CASA | 7 | GACED4 Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - A | 4 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | Cumprida na íntegra a medida mitigadora proposta | i |
| CASA | 8 | GACE06 Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | Cumprida na íntegra a medida mitigadora proposta | i |
| CASA | 9 | GAPC03 Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Faturação de episódios não realizados | 3 | Controlo das agendas das diferentes atividades, com os mapas das consultas realizadas validado por mais que um responsável. | Cumprida na íntegra a medida mitigadora proposta | i |
| CASA | 10 | GAPC04 Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Furto ou desvio de numerário associado ao manuseamento e controlo de receita | 3 | Conferência periódica entre o recebido e o faturado. Segurança física das instalações (passwords de acesso e alarmes de intrusão). Elevado sigilo profissional (não partilhar informações com terceiros). | Cumprida a medida mitigadora. Em permanente atualização e a perfeição para melhorar a execução da medida. | i |
| CASA | 11 | GS104 Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso a informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | Cumprida na íntegra a medida mitigadora proposta. | i |
| CASA | 12 | GS105 Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respetar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | Está implementado e em execução. Todas as aquisições são feitas em processos logísticos por financiamento de bens de capital como define a legislação. O circuito global de documentação dos abates, carece de aperfeiçoamento para melhorar a execução da medida | i |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|----------|--|---|------------------------|---|------|
| UO | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CASA | 13 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | p |
| CASA | 14 | GRP06 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 4 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | i |
| CASA | 15 | GS111 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados e/ou superriormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | i |
| CASA | 16 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUV/IASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | i |
| CASA | 17 | GR01 | Gestão de recursos | Utilização indevida dos géneros para proveito próprio | 2 | Controlo de entrada e saída de géneros. | i |
| CASA | 18 | SegDA02 | Segurança e Defesa alimentar | Receção inadequada de géneros | 2 | Controlo de entrada de géneros, verificação de prazos de validade. | i |

Medidas implementadas/em vigor 2023

Medida mitigadora em execução. Em atualização a escrituração dos procedimentos internos relativo ao tratamento da informação e gestão documental.

Cumprida na íntegra a medida mitigadora proposta.

Tem sido respeitado e cumprido o conteúdo da medida mitigadora proposta. O CASA audita os procedimentos de forma a corrigir as não conformidades reportadas em auditoria. No CASA não existe ainda canal de denúncia implementado.

Cumprida na íntegra a medida mitigadora proposta.

Cumprida na íntegra a medida mitigadora proposta.

Cumprida na íntegra a medida mitigadora proposta.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|------------|--|---|------------------------|---|--|
| Ord | Num | cod. ativo | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| CASO | 1 | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Secção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | Nada a assinalar adicionalmente |
| CASO | 2 | GRP03 | Gestão de recursos patrimoniais | Deficiente controlo dos processos de cedência de espaços | 1 | Preenchimento de mapas com as atividades deste âmbito e posteriormente emissão de faturas e recibos dos pagamentos. | Nada a assinalar adicionalmente |
| CASO | 3 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. | Está planeado a impermeabilização do tecto da sala onde está parte do arquivo documental. |
| CASO | 4 | SegDA01 | Segurança e Defesa Alimentar | Deterioração e contaminação dos géneros | 3 | Formação dos funcionários em higiene alimentar e realização de supervisão/visitas técnicas. | Foi realizadas duas edições de formação em HSA 11-21set23 e 06-16out23. Estão a ser implementadas as recomendações da AI 04/22 |
| CASO | 5 | GS03 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede, insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | N.A. (da responsabilidade do GSIC) |
| CASO | 6 | GAPC01 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Falha na avaliação e consideração das necessidades de materiais e equipamentos de consumo clínico | 1 | Rigoroso controlo de consumos e stocks. | Controlo com base no preenchimento dos mapas de entrada e saída de material. |
| CASO | 7 | GACE04 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - A | 4 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | Tem sido realizado inventário de stocks com a regularidade possível |
| CASO | 8 | GACE06 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | Tem sido implementado procedimento para inventariar material de imobilizado. |
| CASO | 9 | GAPC03 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Faturação de episódios não realizados | 3 | Controlo das agendas das diferentes atividades, com os mapas das consultas realizadas validado por mais que um responsável | O controlo é feito com base num programa informático. Não é possível realizar atos sem faturar. |
| CASO | 10 | GAPC04 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Furto ou desvio de numerário associado ao manuseamento e controlo de receita | 3 | Conferência periódica entre o recebido e o faturado. Segurança física das instalações (passwords de acesso e alarmes de intrusão). Elevado sigilo profissional (não partilhar informações com terceiros). | Não existe discrepância entre faturado e recebido. As verbas são entregues na tesouraria com base nas faturas. |
| CASO | 11 | GS04 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | O CASO informa o GSIC das saídas, entradas ou alteração de funções dos funcionários. |
| CASO | 12 | GS05 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | Nada a assinalar adicionalmente |
| CASO | 13 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a recepção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | O CASO não dispõe de sistema de gestão documental |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|----------|---------------------------------|---|------------------------|--|------|
| NO | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CASO | 14 | GRP06 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 4 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | i |
| CASO | 15 | GS111 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | i |
| CASO | 16 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | i |
| CASO | 17 | GR01 | Gestão de recursos | Utilização indevida dos géneros para proveito próprio | 2 | Controlo de entrada e saída de géneros. | i |
| CASO | 18 | SegDA02 | Segurança e Defesa alimentar | Receção inadequada de géneros | 2 | Controlo de entrada de géneros, verificação de prazos de validade. | i |

Medidas implementadas/em vigor 2023

É realizado anualmente um mapa de necessidades e enviado ao GRM e GPSEFO

O CASO cumpre os normativos

O CASO cumpre os normativos

É realizado controlo das entradas e saídas de acordo com as capitulações para as respetivas entradas e registados em mapas.

São verificadas quantidades e datas de validade no momento da entrega. Qualquer inconformidade é tratada de acordo com os normativos.

| U | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Grau | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
|------|-----|----------|---|---|------------------------|---|------|--|
| CASP | 1 | TIGD01 | Tratamento de informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Seção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | i | Os sistemas de informação de gestão da ASC e da ADM são os sistemas de gestão centralizada e onde está arquivada toda a informação de gestão destas áreas, permitindo o controle de acesso e auditar processos e procedimentos. Os processos individuais dos Residentes ERPI estão guardados no gabinete da Diretora Técnica para seu acesso exclusivo. |
| CASP | 2 | GRP03 | Gestão de recursos patrimoniais | Deficiente controle dos processos de cedência de espaços | 1 | Preenchimento de mapas com as atividades deste âmbito e posteriormente emissão de faturas e recibos dos pagamentos. | i | O pagamento dos aluguéis de espaços e outras atividades geradoras de receita é efetuado mediante a emissão das respetivas faturas. No processo da cedência do espaço, faturação e pagamento intervêm entidades diferentes, respetando a desejável segregação de funções. |
| CASP | 3 | TIGD08 | Tratamento de informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. | p | Anualmente é efetuada a limpeza dos arquivos e efetuada a desinfestação das instalações. Os documentos relevantes do âmbito da ASC ficam registados e arquivados em SIASC, os relativos à ADM ficam arquivados no sistema de gestão da ADM, ambos são de gestão centralizada. Os documentos de trabalho das áreas administrativas são guardados nas respetivas dependências e posteriormente arquivados no arquivo morto, de acesso controlado, pelo período legalmente estipulado. |
| CASP | 4 | SegDA01 | Segurança e Defesa Alimentar | Deterioração e contaminação dos géneros | 3 | Formação dos funcionários em higiene alimentar e realização de supervisões/visitas técnicas. | i | A empresa que fornece as refeições confeccionadas é responsável pelo acondicionamento dos géneros, utilizando para o efeito equipamentos e instalações de frio mantidas pelo CAS Ponto.A nutricionista do CAS faz o acompanhamento diário do manuseamento dos géneros e esporadicamente são efetuadas visitas aos depósitos de géneros para apreciação global do seu estado. A manutenção dos equipamentos da cozinha é uma prioridade do CAS Ponto. |
| CASP | 5 | GS103 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | n | Os utilizadores dos Sistemas de Informação são regularmente sensibilizados para a importância e necessidade de guardar os documentos importantes nas pastas criadas para esse efeito no servidor, sendo que o GSIC efetua backups periódicos do conteúdo das mesmas. |
| CASP | 6 | GAPCD1 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Falha na avaliação e consolidação das necessidades de materiais e equipamentos de consumo clínico | 1 | Rigoroso controlo de consumos e stocks. | i | Efetuada inventários periódicos. As existências em armazém e os consumos médios são sempre avaliados aquando dos processos de aquisição e reabastecimento de material clínico. |
| CASP | 7 | GACE04 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falha de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - A | 4 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação de informação. | i | O material adquirido ou recebido dá entrada em armazém. As saídas de material são efetuadas mediante requisição interna validada, com atualização das existências por parte do fiel do armazém. O gestor do armazém efetua verificações aleatórias de confirmação das existências. No final do ano, é efetuada uma conferência geral do material em armazém, sendo o inventário validado pelo diretor do CAS. A conferência anual conta com a participação do/a ROC do IASFA, quer através da participação direta no processo de realização do inventário ou pela supervisão do mesmo. |
| CASP | 8 | GACE06 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falha de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | i | Inventários realizados anualmente e verificação periódica por parte dos responsáveis pelas instalações ou valência funcional. É efetuado controlo local do material afeto a determinada dependência, com base na lista de material distribuído a essa dependência e que está afixado na mesma. |

1027
100 -

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|-----------|--|---|------------------------|---|------|
| NO | Num | cod. ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CASP | 9 | GAPC03 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Faturação de episódios não realizados | 3 | Controlo das agendas das diferentes atividades, com os mapas das consultas realizadas validado por mais que um responsável. | i |
| CASP | 10 | GAPC04 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Furto ou desvio de numerário associado ao manuseamento e controlo de receita | 3 | Conferência periódica entre o recebido e o faturado. Segurança física das instalações (passwords de acesso e alarmes de intrusão). Elevado sigilo profissional (não partilhar informações com terceiros). | i |
| CASP | 11 | GS104 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | i |
| CASP | 12 | GS105 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | i |
| CASP | 13 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | P |
| CASP | 14 | GRP06 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - 8 | 4 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | i |
| CASP | 15 | GS111 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditor procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | i |
| CASP | 16 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUY/IASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | i |
| CASP | 17 | GR01 | Gestão de recursos | Utilização indevida dos géneros para proveito próprio | 2 | Controlo de entrada e saída de géneros. | w |
| CASP | 18 | SegDA02 | Segurança e Defesa alimentar | Receção inadequada de géneros | 2 | Controlo de entrada de géneros, verificação de prazos de validade. | i |

Medidas implementadas/em vigor 2023

Na gestão da atividade do Posto Clínico participaram três entidades diferentes, nomeadamente a entidade de planeia e faz marcações, a entidade que executa o serviço em função das marcações e a entidade que procede à cobrança do valor faturado e pagar pelos utentes. Todo o processo é gerido através dos sistemas de informação dedicados (Mec e SIGDN) que permite que o processo seja auditado nas diferentes fases.

Implementados sistemas (cofre) que garantem a segurança no acesso físico aos valores em numerário guardados em cofre. O profissionalismo e idoneidade do funcionário (Tesoureiro) a quem está cometida a responsabilidade do controlo de tesouraria, constitui também factor de minimização do risco. A reconciliação bancária é efetuada por entidade diferente, daquela que recebe e processa a receita.

A gestão dos acessos ao arquivo digital é baseada na necessidade de acesso à informação e em função do perfil do utilizador.

São seguidos os procedimentos inerentes à aquisição/realização de despesas. Existe a necessidade de continuar a proceder ao abate e entrega de material considerado obsoleto ou inoperacional.

Pese embora não seja operado nenhum sistema digital e centralizado de processamento da correspondência, existe Norma Interna que define os procedimentos de receção, encaminhamento e tramitação da correspondência recebida e emitida pelo CAS Porto.

Para a área da Ação Social Complementar e ADM, existem Sistemas de Informação próprios que de certa forma garantem a guarda e permitem o "Tracking" dos documentos relacionados com essas áreas.

Para a informação geral, não existindo sistema de gestão documental, existe o risco de perda de informação e alguma perda do controlo no acesso à mesma.

Todos os pedidos de aquisição de bens ou benfeitorias patrimoniais, são processados através do GRM/IASFA, uma vez que ao Diretor do CAS apenas está delegada a autorização de despesa até ao limite de 2000 €.

Os recursos são utilizados na estrita observância das orientações do IASFA. A reduzida dimensão do CAS Porto, permite um escrutínio sobre todas as ações e atividades desenvolvidas.

O cartão eletrónico para abastecimento encontra-se à guarda do responsável, em cofre, que controla todos os abastecimentos de combustível.

Mensalmente, o diretor valida os abastecimentos e consumo mensais que constam no relatório e enviar à sede.

Não aplicável ao CAS Porto. O CAS Porto adquire as refeições já confeccionadas, pelo que não há aquisição de géneros para confeccionar.

O controlo de géneros em termos de segurança alimentar é efetuado pela empresa prestadora do serviço de alimentação. O CAS Porto efetua verificações esporádicas de controlo interno e por esta via, procura minimizar o risco de eventuais desconformidades dos géneros alimentares.

Handwritten signatures and initials:
 - Top left: *Handwritten signature*
 - Middle left: *Handwritten initials 'PC'*
 - Bottom left: *Handwritten signature*

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|-----------|---|---|------------------------|---|--|
| Ord | Num | cod. Ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras, propostas | Grau |
| CASR | 1 | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Secção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | Medidas Implementadas/em vigor 2023 Os processos estão arquivados em armários fechados, devidamente controlados pelas responsáveis dos Recursos Humanos. Entradas na secção restringidas |
| CASR | 2 | GRPD3 | Gestão de recursos patrimoniais | Deficiente controlo dos processos de cedência de espaços | 1 | Preenchimento de mapas com as atividades deste âmbito e posteriormente emissão de faturas e recibos dos pagamentos. | O GAB de Segurança faz todo o processo de controlo e cedência de espaços através de mapas diários, e envia toda a informação, inclusivé o comprovativo de pagamento para a financeira poder emitir e enviar a fatura ao cliente. A utilização dos espaços é controlada e o repetivo registo, pagamento e faturação realizados nos prazos previstos no Regulamento do IASFA. |
| CASR | 3 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 5 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. | Classificação dos documentos realizado através do CLAV e registadas em folhas de EXCEL. |
| CASR | 4 | SegDA01 | Segurança e Defesa Alimentar | Deterioração e contaminação dos géneros | 3 | Formação dos funcionários em higiene alimentar e realização de supervisão/visitas técnicas. | 04 (quatro) funcionárias da cozinha e copa realizaram formação em Higiene e Segurança alimentar. Durante o presente ano está previsto que mais 04 (quatro) funcionárias frequentem esta formação. Visitas técnicas e supervisão realizadas pelo Veterinário responsável |
| CASR | 5 | GS03 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | As situações são contínuas, pelo que as medidas mitigadoras propostas são implementadas continuamente e não de apenas de uma só aplicação, deste modo, não há a alterar |
| CASR | 6 | GAPCD1 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Falha na avaliação e consolidação das necessidades de materiais e equipamentos de consumo clínico | 1 | Rigoroso controlo de consumos e stocks. | Não foram implementadas medidas por falta de pessoal, no entanto a avaliação das necessidades e pedidos são sempre efetuadas pelo Chefe do Samed para um melhor controlo |
| CASR | 7 | GACE04 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - A | 4 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | O inventário aos armazéns é feito periodicamente, onde consta entradas e saídas de material. No final do ano o inventário é enviado para o Diretor em suporte informático devidamente conferido e autenticado pelo chefe de serviço, para posteriormente ser enviado para o GRM. |
| CASR | 8 | GACE06 | Gestão de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | Alterações quantitativas - criação de imobilizado, distribuído e depois de etiquetado, entregue ao responsável pelo material. Se necessário atualizam-se as listas existentes, Alterações funcionais - implementou-se a obrigatoriedade do previsto no Anexo B, da Proposta de Transferência de Imobilizado da Instrução Permanente - Gestão e Controlo Interno de Ativos de Imobilizado deste Centro. Solicitada a aquisição de um leitor de código de barras. A conferência do imobilizado existente, está a ser realizada por pisos, estando a ser emitidas folhas de carga, devidamente assinadas pelos responsáveis e afizadas nos locais. |
| CASR | 9 | GAPCD3 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Faturação de episódios não realizados | 3 | Controlo das agendas das diferentes atividades, com os mapas das consultas realizadas validado por mais que um responsável. | O mapa das agendas e atividades é sempre validado pela Assistente Técnica e Chefe do Samed |
| CASR | 10 | GAPCD4 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Furto ou desvio de numerário associado ao manuseamento e controlo de receita | 3 | Conferência periódica entre o recebido e o faturado. Segurança física das instalações (passwords de acesso e alarmes de intrusão). Elevado sigilo profissional (não partilhar informações com terceiros). | A segurança das instalações é apenas uma porta de madeira com fechadura. O sigilo profissional é mantido. |
| CASR | 11 | GS04 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | Sempre que há alteração de funções, há atualização do perfil do utilizador. Utilizadores sensibilizados para a utilização/mudança regular de passwords |

1807
1000

Em 31dez2023

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|----------|--|---|------------------------|--|------|
| NO | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CASR | 12 | GS05 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | i |
| CASR | 13 | TIGD14 | Tratamento de informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | P |
| CASR | 14 | GRP06 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 4 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | i |
| CASR | 15 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | i |
| CASR | 16 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | i |
| CASR | 17 | GR01 | Gestão de recursos | Utilização indevida dos géneros para proveito próprio | 2 | Controlo de entrada e saída de géneros. | i |
| CASR | 18 | SegDA02 | Segurança e Defesa alimentar | Receção inadequada de géneros | 2 | Controlo de entrada de géneros, verificação de prazos de validade. | i |

Medidas implementadas/em vigor 2023

Procura-se ser o mais criterioso possível na distribuição/movimentação e abate de equipamentos.

É cumprido o Regulamento Interno do IASFA, relativamente aos procedimentos a ter com a correspondência, bem como para a proteção de dados

Há um planeamento anual de necessidades de bens patrimoniais. As benfeitorias não são planeadas.

Não se têm verificado situações de utilização indevida dos recursos do IASFA, neste CASR/UNA. A dimensão do Centro permite um controlo rigoroso dos bens disponíveis

Os procedimentos de controlo da utilização do cartão eletrónico de combustível são aplicados de forma rigorosa nos poucos utilizadores das viaturas

Controlo de entrada e saída de géneros efetuado pelo menos por um dos três elementos colocados neste serviço

Controlo dos prazos de validade efetuado pelo menos por um dos três elementos colocados neste serviço.

10/12/23

Em 31dez2023

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|-----------|---|---|------------------------|---|--|
| Ord | Num | cod. Ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas Implementadas/em vigor 2023 |
| CASL | 1 | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Secção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | Os processos individuais dos colaboradores do CAS de Lisboa encontram-se no GRH. O CAS Lisboa não faz escrituração de documentos. |
| CASL | 2 | GRP03 | Gestão de recursos patrimoniais | Deficiente controlo dos processos de cedência de espaços | 1 | Preenchimento de mapas com as atividades deste âmbito e posteriormente emissão de faturas e recibos dos pagamentos. | Todas as solicitações recebidas pelo CAS Lisboa no que concerne à cedência de espaços são registadas em ficheiro específico. O setor dos recursos financeiros emite a fatura e após a confirmação do pagamento regista a receita em SIG. A documentação financeira é arquivada no setor dos recursos financeiros. |
| CASL | 3 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental, ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do GesDoc; Destruição de Arquivo. | Procedimentos de acordo com as boas práticas. Desinfestação trimestral; Toda a documentação é digitalizada e efetuado o upload para o GestDoc sempre que possível. Colocada cópia digital em pasta criada na pasta partilhada. |
| CASL | 4 | SegDA01 | Segurança e Defesa Alimentar | Deterioração e contaminação dos géneros | 3 | Formação dos funcionários em higiene alimentar e realização de supervisão/visitas técnicas. | O Chefe do Serviço de restauração é responsável pelo controlo do estado de conservação e armazenagem dos géneros alimentares. |
| CASL | 5 | GSJ03 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede. Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | Está criada uma pasta partilhada no servidor do IASFA onde é guardada a informação (entradas e saídas) Além da pasta referida os documentos, de acordo com o assunto, são carregados no SIASC, SIGADM e GEDDOC. |
| CASL | 6 | GAPC01 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Falha na avaliação e consolidação das necessidades de materiais e equipamentos de consumo clínico | 1 | Rigoroso controlo de consumos e stocks. | Inaplicável Nos postos médicos do CAS de Lisboa apenas se realizam consultas de clínica geral não havendo a administração de qualquer medicamento. No seguimento da auditoria interna aos Postos Médicos de 2021, foi elaborado um manual de procedimentos para os Postos Médicos onde se encontram definidos todos os procedimentos e ter em consideração no controlo dos materiais e equipamentos de consumo clínico |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|----------|--|---|------------------------|---|--|
| NO | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CASL | 7 | GACE04 | Gestão de armazéns e controlo de existências centrais - A | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - A | 4 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | <p>Medidas implementadas/em vigor 2023</p> <p>No CASL Lisboa existem três (03) depósitos, o depósito de géneros, o depósito de material de limpeza e depósito de material de escritório.</p> <p>O fornecimento de material de limpeza e de material de escritório aos vários serviços é efetuado mediante a apresentação de requisição devidamente sancionada.</p> <p>As entradas e saídas de materiais são registadas no mapa de controlo de stocks.</p> <p>Encontram-se em vigor a IP CASL-RM 01- Requisição de materiais onde estão definidos os procedimentos a efetuar na requisição de artigos e a IP CASL-RM 02 - Gestão de Stocks onde estão definidos os procedimentos a ter em consideração na gestão de stocks nos depósitos de material de escritório e de material de limpeza.</p> <p>A entrada e saída de géneros no depósito de géneros são registadas em ficheiro excel cuja elaboração é da responsabilidade do fiel de armazém.</p> <p>Além do preenchimento do ficheiro excel as entradas de géneros são registadas no WINREST pela cozinha ao depósito de géneros.</p> <p>As saídas de géneros do depósito são efetuadas com base em requisições internas efetuadas para a conferência dos stocks além das conferências físicas confrontam-se os dados do ficheiro do depósito com os dados gerados pelo WINREST resultantes das captações dos vários menus.</p> |
| CASL | 8 | GACE06 | Gestão de armazéns e controlo de existências atualizada dos ativos fixos tangíveis | Falha de inventariação e localização | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | <p>Os bens à carga do CASL Lisboa encontram-se listados em ficheiro excel subdivididos pelas várias dependências.</p> <p>Foi conferida a carga de todas as dependências do CASL Lisboa e atualizadas as respetivas folhas de carga.</p> <p>As folhas de carga foram assinadas pelos responsáveis por cada dependência os quais assumiram a responsabilidade pelos artigos existentes na dependência.</p> |
| CASL | 9 | GAPC03 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Faturação de episódios não realizados | 3 | Controlo das agendas das diferentes atividades, com os mapas das consultas realizadas validado por mais que um responsável. | <p>Nos postos médicos do CASL de Lisboa apenas se realizam consultas de clínica geral.</p> <p>Os beneficiários validam os atos médicos recebidos mediante a assinatura da lista de atos médicos e recebendo a respetiva fatura/recibo no caso em que existe copagamento.</p> <p>As faturas apresentadas pelo médico relativas aos atos médicos praticados são validadas pelo subdiretor após verificados os totais de atos médicos extraídos do SIGEHP - SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO HOSPITALAR, após o que são colocadas na pasta partilhada do GPGFO para processamento e liquidação.</p> <p>Implementado o manual de procedimentos desde Out22</p> |
| CASL | 10 | GAPC04 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Furto ou desvio de numerário associado ao manuseamento e controlo de receita | 3 | Conferência periódica entre o recebido e o faturado. Segurança física das instalações (passwords de acesso e alarmes de intrusão). Elevado sigilo profissional (não partilhar informações com terceiros). | <p>A receita diária é guardada em cofre e é entregue mensalmente na sede do CASL acompanhada da folha de caixa e da listagem de atos médicos.</p> <p>O Posto Médico da Rua de São José encontra-se dentro de instalações protegidas com alarme anti intrusão</p> <p>Na semana de 19 a 23 de junho foi montada no Posto Médico dos Olivais uma grade metálica de enrolar por forma a aumentar a segurança contra intrusões.</p> |
| CASL | 11 | GS04 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | <p>Cada utilizador tem o seu user name e password que é pessoal e intransmissível. Os colaboradores estão avisados que não devem partilhar nem contas nem passwords. Sempre um colaborador cessa ou passa a desempenhar funções no CASL de Lisboa, é solicitado ao GSIC o cancelamento ou a atribuição das permissões para acesso às pastas partilhadas e as outras aplicações que necessite para o desempenho das suas funções.</p> |

8047 700

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|----------|--|---|------------------------|---|--|
| un | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CASL | 12 | GS105 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | Os meios CSI são controlados pelo GSIC. Sempre que existe a necessidade de fornecimento ou substituição de qualquer meio CSI é solicitada a intervenção do GSIC. Cada utilizador é responsável pelos meios CSI que lhe foram atribuídos devendo reportar de imediato qualquer anomalia que se passe com os mesmos. |
| CASL | 13 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA. | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento interno do IASFA. | A correspondência é recebida pela secretaria que a regista no GESDOC, submete a despacho do Diretor e a encaminhina para o setor responsável pelo tratamento do assunto. Os vários setores procedem ao arquivo da correspondência que lhe foi destinada. |
| CASL | 14 | GRP06 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 4 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | Levantamento das necessidades de investimento aquando da elaboração da proposta de orçamento para o ano subsequente. |
| CASL | 15 | GS111 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Difundida informação que os recursos do IASFA não poderão ser utilizados em proveito próprio. |
| CASL | 16 | GFA04 | Gestão de frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUV/IASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | Preenchimento dos relatórios previstos no RUV/IASFA. Monitorização e análise dos dados constantes nos mapas. Envio dos mapas mensalmente para o GRM. É efetuada a validação das faturas emitidas pelo fornecedor de combustível de acordo com os abastecimentos registados no mapa de registo de abastecimentos. Mensalmente é analisado o mapa de utilização de veículos e efetuado o cálculo do consumo da viatura. |
| CASL | 17 | GR01 | Gestão de recursos | Utilização indevida dos géneros para proveito próprio | 2 | Controlo de entrada e saída de géneros. | As entradas dos produtos são registadas: - No winrest. - Em ficheiro excel do Chefe do Serviço de restauração. As saídas de materiais são efetuadas através de requisições internas elaboradas pela cozinha a quais são enviadas para o Depósito de Géneros. O controlo das existências é efetuado com base na confrontação dos dados provenientes do winrest (consumos com base nas captações dos vários menus) com os dados constantes do ficheiro excel do chefe do serviço de restauração de onde são deduzidas as requisições da cozinha. Encontra-se em elaboração uma IP para regular o controlo do Depósito de Géneros à semelhança do que acontece com os outros dois depósitos. |
| CASL | 18 | SegDA02 | Segurança e Defesa alimentar | Receção inadequada de géneros | 2 | Controlo de entrada de géneros, verificação de prazos de validade. | A receção dos géneros é realizada pela Chefe do Serviço de restauração e pelo fiel de armazém que verificam os prazos de validade dos produtos e as condições em que são transportados designadamente a temperatura, estado de limpeza dos contentores e estado das embalagens. |

1807
1000

Em 31 de dezembro 2023

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|----------|-----|-----------|--|--|------------------------|--|--|
| NO | Num | cod. ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| CEREPOSA | 1 | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Seção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | Implementado no aplicativo - A informação privilegiada está residente nos sistemas de informação (de gestão centralizada) e serviços centrais do IASFA A informação relativa na área de RH recebida via postal ou email é arquivada no gabinete do Diretor ou no computador com acesso protegido por password, respetivamente |
| CEREPOSA | 2 | GRP03 | Gestão de recursos patrimoniais | Deficiente controlo dos processos de credência de espaços | 1 | Preenchimento de mapas com as atividades deste âmbito e posteriormente emissão de laturas e recibos dos pagamentos. | Implementado - São preenchidos os mapas em papel, com a identificação do beneficiário, o período de estadia e referências tomadas; posteriormente é feito um resumo em mapa excel; A faturação é executada no módulo FI, em SIG |
| CEREPOSA | 3 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação, Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. | Parcialmente implementado - É executada a limpeza e desinfestação das instalações. Os documentos são digitalizados mas não é feita a digitalização no GESDOC |
| CEREPOSA | 4 | SegDA01 | Segurança e Defesa Alimentar | Deterioração e contaminação dos géneros | 3 | Formação dos funcionários em higiene alimentar e realização de supervisão/visitas técnicas. | Implementado - Os funcionários têm formação em HSA e são realizadas visitas in loco pelo Diretor |
| CEREPOSA | 5 | GS03 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | Parcialmente implementado - O backup é executado no Onedrive IASFA |
| CEREPOSA | 6 | GACD04 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - A | 4 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | Parcialmente implementado - os stocks de géneros são verificados periodicamente em ficheiro excel com o efetivamente existente pelo responsável do armazém |
| CEREPOSA | 7 | GACC06 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | Implementado no aplicativo - através das listas de materiais existentes que se encontram atualizados ao ano de 2019 |
| CEREPOSA | 8 | GS04 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | Implementado - cada utilizador utiliza as passwords de acordo com as regras do sistema de informação |
| CEREPOSA | 9 | GS05 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | Implementado - Procedimentos realizados conforme as normas e sujeitos a auditoria em coordenação com GRM e GRGCO |
| CEREPOSA | 10 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento interno do IASFA. | Implementado - a documentação é recebida expedida na pela Secretaria, sendo dado o devido encaminhamento, registo e arquivo |
| CEREPOSA | 11 | GRP07 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de beneficiárias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 2 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | Implementado - as necessidades de investimento em Bens de Investimento são reportadas através de diversos planos remetidos à Sede |
| CEREPOSA | 12 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Parcialmente implementado - O canal de denúncias existente é a Participação de Ocorrência ou Reclamação nos serviços e a observação direta |
| CEREPOSA | 13 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | Implementado - São preenchidos e validados os mapas conforme o determinado no RUVIASFA |
| CEREPOSA | 14 | GR01 | Gestão de recursos | Utilização indevida dos géneros para proveito próprio | 2 | Controlo de entrada e saída de géneros. | Parcialmente implementado - Na entrada dos géneros, é feita a conferência pelo responsável do Armazém ou Diretor, e visado o documento; A saída dos géneros é feita presencialmente com o responsável do armazém ou Diretor |
| CEREPOSA | 15 | SegDA02 | Segurança e Defesa alimentar | Receção inadequada de géneros | 2 | Controlo de entrada de géneros. Verificação de prazos de validade. | Na entrada dos géneros, é feita a conferência pelo responsável do Armazém ou Diretor, e visado o documento; A saída dos géneros é feita presencialmente com o responsável do armazém ou Diretor |

80471
60 C
SB

Em 31dez2023

| UN | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Grau | Medidas Implementadas/em vigor 2023 |
|--------|-----|----------|---|--|------------------------|--|------|--|
| CAS_PD | 1 | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Seção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | I | O acesso aos arquivos clínicos é feito através do uso de uma chave, codida apenas ao pessoal autorizado. |
| CAS_PD | 2 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. | P | Os documentos produzidos na secretaria, mesmo que enviados em formato físico, são digitalizados para arquivo informático. A limpeza do depósito de documentação é feita seja por questões de salubridade como por destruição da documentação com idade > 5 anos. |
| CAS_PD | 3 | GS03 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controle sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | N | Implementação de rotinas de backup periódicas (mínimo 1x/mês). Utilização de pastas partilhadas na OneDrive entre trabalhadores com responsabilidades co-partilhadas. |
| CAS_PD | 4 | GAPC01 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Falha na avaliação e consolidação das necessidades de materiais e equipamentos de consumo clínico | 1 | Rigoroso controlo de consumos e stocks. | I | Registo das entradas/saídas de material em ficheiro próprio e registo em outro ficheiro das entradas por áreas funcionais (económico, SAMED, etc). |
| CAS_PD | 5 | GACE05 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - B | 2 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | I | Registo das entradas/saídas o mais perto cronologicamente do evento, com conferências totais do inventário 6/6 meses. |
| CAS_PD | 6 | GACE06 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | I | Conferências dos inventários 6/6 meses. |
| CAS_PD | 7 | GAPC03 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Faturação de episódios não realizados | 3 | Controlo das agendas das diferentes atividades, com os mapas das consultas realizadas validado por mais que um responsável. | I | Cruzamento dos dados da faturação mensal emitida pelo SIGEPH com os registos das agendas físicas dos prestadores de cuidados. |
| CAS_PD | 8 | GAPC04 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Furto ou desvio de numerário associado ao manuseamento e controlo de receita | 3 | Conferência periódica entre o recebido e o faturado. Segurança física das instalações (passwords de acesso e alarmes de intrusão). Elevado sigilo profissional (não partilhar informações com terceiros). | I | Contagem do caixa 2x/semana, com entregas parciais 1x/semana. Guarda física do numerário em cofre com chave e código até depósito mensal em conta. |
| CAS_PD | 9 | GS04 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. | I | O acesso aos computadores, assim como às aplicações com utilizador, é feito com o acesso individual, sem partilha de passwords. |
| CAS_PD | 10 | GS05 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | I | Utilização ao máximo de um utilizador por computador evitando a partilha de acessos. |
| CAS_PD | 11 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento interno do IASFA. | P | Registo da entrada/saída de documentos físicos, bem como correspondência digital, com o devido encaminhamento para as áreas funcionais devidas. |
| CAS_PD | 12 | GRP07 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de melhorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 2 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | I | Implementado |
| CAS_PD | 13 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | I | Medidas propostas colaboram para a minimização do potencial risco. |
| CAS_PD | 14 | GF04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUMIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | I | Recomendações implementadas têm sido adequadas, não necessitando de ajuste ou alteração. |

1.2 1.1 1.2

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|----------|--|---|------------------------|--|--|
| NO | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| CASB | 1 | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adeção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Seção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | Não é permitido o acesso ao arquivo onde se encontram os processos individuais sem autorização do Diretor. |
| CASB | 2 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação, Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destinação de Arquivo. | O CAS Braga tem um programa de registro de entrada de correspondência. Toda a documentação entrada é relacionada e digitalizada. Os espaços destinados a arquivo estão limpos, arrumados, desinfestados e são cumpridas as normas referentes a destruição de Arquivo. |
| CASB | 3 | GS03 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armarar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | Toda a documentação é guardada no mesmo computador e é feito semanalmente um backup da informação existente que é guardada num disco externo. |
| CASB | 4 | GACE05 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - B | 2 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | Não existem stocks de material. Existe uma pequena quantidade de material de consumo (secretaria e limpeza) que está relacionado e o seu consumo é registado. |
| CASB | 5 | GACE06 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | Todo material à carga está relacionado e existe em todas as dependências uma relação do material a existente. Periodicamente é feita conferência do material existente. É realizada conferência aleatória das existências. |
| CASB | 6 | GS04 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa dos passwords. | O acesso aos diferentes Postos de Trabalho é feito através de passwords pessoais e intransmissíveis. O acesso às aplicações é efetuado através da atribuição de um perfil de acesso de acordo com o desempenho de funções. |
| CASB | 7 | GS05 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | Todos os meios informáticos existentes no CAS Braga estão inventariados. Por indicação do GSIIC, o Parque informático do CAS Braga foi renovado no último trimestre de 2022 e o material substituído está devidamente registado e controlado, aguardando indicações do GSIIC sobre procedimentos a adotar para ser entregue. |
| CASB | 8 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | Estão definidos procedimentos internos para a receção, encaminhamento, registo e arquivo de correspondência, tanto expedida como recebida. O CAS Braga tem um registo (EXCEL) de entrada de correspondência e outro para correspondência expedida. Toda a documentação entrada e expedida é relacionada e digitalizada. |
| CASB | 9 | GRP07 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 2 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GPM. | Foi realizado um levantamento, ficando registado no Relatório de Posse. |
| CASB | 10 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Os recursos são utilizados conforme definido e autorizado superiormente. O CAS Braga não tem capacidade para implementar e operar um Canal de Denúncias. Propõe que seja utilizado somente o Canal de Denúncias já implementado e operado pelo IASFA. |
| CASB | 11 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUV/IASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos; (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | A viatura só circula com autorização do Diretor do CAS Braga e boletim de viatura devidamente preenchido. O cartão eletrónico de abastecimento de combustível só é utilizado com autorização do Diretor, ficando registado. Os anexos IV, V e VIII são preenchidos e remetidos ao Gestor da Frota. |

8072
100
DA

Em 31dez2023

11 12

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|------|-----------|--|--|------------------------|--|------|--|---|----|----|----|
| Num | Cod. Ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau | Medidas Implementadas/em vigor 2023 | | | | |
| CASC | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH; trabalhadores da Secção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | I | Acesso reservado à Direção e Área de Apoio Geral no tratamento de documentação de caráter reservado ou confidencial. | | | | |
| CASC | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos: causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e dívida implementação do Gsedoc; Destruição de Arquivo. | P | Em 2023 foi efetuada a desmaterialização de processos expurgados. Procede-se à digitalização dos documentos, que são guardados em rede interna até à implementação do edoclink. | | | | |
| CASC | GIS09 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | n | O Sistema de backup é efetuado semanalmente pelo responsável pela área de informática e comunicações. | | | | |
| CASC | GACED5 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - B | 2 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | i | É efetuado semanalmente a Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente por parte do Chefe da Área de Apoio Geral, com registo em ficheiro informático com os consumos/existências de acordo com o Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks. | | | | |
| CASC | GACE06 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | i | Foi efetuado o levantamento de todos os materiais à carga/ existências no CASC. Foi detetada a necessidade de proceder ao abate e respetivo encaminhamento dos materiais obsoletos/insoperativos, estando a aguardar para o efeito indicações por parte do GRM. | | | | |
| CASC | GSID4 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções; Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | i | É atribuído o perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções e a sensibilização para a utilização criteriosa das passwords, pelo responsável pela área de informática e comunicações. | | | | |
| CASC | GSID5 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | i | São respeitadas as regras instituídas pelo GSIIC para movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | | | | |
| CASC | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | p | Toda a correspondência (entrada /saída) de documentação é efetuada pela Secretaria/CASCombra, com procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Aguarda-se a implementação do edoclink. | | | | |
| CASC | GRD07 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de melhorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 2 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | i | É efetuado um levantamento anual, de acordo com as necessidades de investimento em bens patrimoniais explanados no Plano Anual de Obras, dando conhecimento à DSASC e GRM. Semestralmente é revisto e ajustado ao Plano, no âmbito do planeamento/execução. | | | | |
| CASC | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | i | É respeitado as disposições legais, bem como os normativos internos, por forma a assegurar que não seja efetuado o uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | | | | |
| CASC | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | i | A valora atribuída ao CASCombra tem como responsável da mesma o Adjunto do Chefe da Área de Apoio Geral, que efetua o preenchimento do anexo IV folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|---------|--|--|------------------------|---|--|
| Un | Num | cod atv | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CASF | 1 | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH; trabalhadores da Secção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | Medidas Implementadas/em vigor 2023 A informação privilegiada está residente nos sistemas de informação (de gestão centralizada) e serviços centrais. No entanto toda a qualquer informação que tenha como grau seja Classificada como "Confidencial" deverá ser dirigida apenas ao Diretor ou ao militar com maior graduação, que por inerência do posto tenha as certificações de Segurança apropriadas |
| CASF | 2 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação, Desinfestação anual das instalações, Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. | P Implementado - É executado o Plano de higienização e desinfestação com o Comando da Zona Militar da Madeira. Não é feita a digitalização no GESDOC. São executados os procedimentos arquivísticos de acordo com o estabelecido referente à recolha, ao tratamento e à sua conservação e triagem, de acordo com as regras arquivísticas vigentes. |
| CASF | 3 | GSIO3 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controlo sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por este sistema. | n Implementado - É feito o backup no OneDrive IASFA e simultaneamente foram criadas pastas na rede do IASFA onde a informação é guardada, permitindo uma redundância do sistema de informação existente. |
| CASF | 4 | GACE05 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - B | 2 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | w Não Aplicável - O CASF não possui armazéns, nem Stocks de existências físicas. |
| CASF | 5 | GACE06 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | i Implementado - O CASF não possui armazéns, no entanto todo o seu imobilizado correspondente aos AFT está identificado por área de trabalho, classificado por categoria de bem e inventariado em SIG-DN. |
| CASF | 6 | GSIO4 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa dos passwords. | i Implementado - cada utilizador utiliza as passwords pessoais de acordo com as regras implementadas para os sistemas de informação, encontrando-se a informação alojada na rede do IASFA com acessos aos colaboradores. |
| CASF | 7 | GSIO5 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | i Implementado - O CASF tem todo o seu imobilizado correspondente aos AFT (Ativos Fixos Tangíveis) identificado por área de trabalho, classificado por categoria de bem e inventariado em SIG-DN. |
| CASF | 8 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a recepção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | p Implementado - a documentação é recebida na Secretaria, sendo dado o devido encaminhamento, registo e arquivo, consoante a tipologia de informação e o seu grau de classificação. |
| CASF | 9 | GRIP07 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de melhorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 2 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | i Implementado - as necessidades de investimento em Bens de Investimento é reportado e canalizado para o GRM no levantamento anual. |
| CASF | 10 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | i Implementado - O canal de denúncias existente recorre à Participação de Ocorrência ou Reclamação nos serviços, disponibilizando o CASF, simultaneamente, um Livro de Reclamações físico para quem entender utilizar, de acordo com as regras de transparência definidas pela Agência para a Modernização Administrativa. |
| CASF | 11 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias); e remetidos ao gestor de frota. | i Implementado - São preenchidos, validados e enviados os mapas definidos nos Anexos, conforme o determinado no RUVIASFA. |

8012 100

Em 31.dez.2023

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|-----------|---|---|------------------------|---|------|
| NO | Num | cod. Ativ | atividade | potencial risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CAST | 1 | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 2 | Adoção de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Seção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | i |
| CAST | 2 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinfestação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gesdoc; Destruição de Arquivo. | p |
| CAST | 3 | GS03 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controle sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | n |
| CAST | 4 | GAPC01 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Falha na avaliação e consolidação das necessidades de materiais e equipamentos de consumo clínico | 1 | Rigoroso controle de consumos e stocks. | w |
| CAST | 5 | GACED5 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falha de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - B | 2 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | i |
| CAST | 6 | GACE06 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | p |
| CAST | 7 | GAPC03 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Faturação de episódios não realizados | 3 | Controlo das agendas das diferentes atividades, com os mapas das consultas realizadas validado por mais que um responsável. | i |
| CAST | 8 | GAPC04 | Gestão de atividades e fontes dos Postos Clínicos | Furto ou desvio de numerário associado ao manuseamento e controlo de receita | 3 | Conferência periódica entre o recebido e o faturado. Segurança física das instalações (passwords de acesso e alarmes de intrusão). Elevado sigilo profissional (não partilhar informações com terceiros). | i |
| CAST | 9 | GS 04 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | i |
| CAST | 10 | GS05 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | i |
| CAST | 11 | TIG014 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | p |
| CAST | 12 | GRP07 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 2 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | i |
| CAST | 13 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | i |

Medidas implementadas/em vigor 2023

Acesso à documentação através do chefe da Secretária, os restantes colaboradores apenas têm acesso com autorização do Diretor.

A limpeza periódica é supervisionada pelo pessoal da Secretária. Encontra-se em fase de implementação o SIGDocDN.

Semanalmente o responsável desta área supervisiona a atividade dos restantes colaboradores relativamente ao armanezamento de documentos.

Foi proposto anteriormente que esta atividade fosse considerada inaplicável em virtude do PC de Tomar e Abrantes não disporem de stocks nesta área.

As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.

Ainda não foi finalizada a conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente assim como a conferência do material em processo de abate.

O controlo desta atividade é efetuado por mais do que um responsável e posteriormente validado.

As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.

As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.

As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.

As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.

As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.

As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.

As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.

As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.

Existe um rigoroso cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|-----------|---------------------------|---|------------------------|---|---|
| UO | Num | cod. ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CAST | 14 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUV/IASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | <p>Medidas implementadas/em vigor 2023</p> <p>As medidas mitigadoras propostas estão implementadas.</p> |

Yoliz 10 C

Em 31dez2023

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|----------|--|---|------------------------|--|---|
| Ord | Num | Ativ cod | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| CASV | 1 | TIGD01 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Abuso do poder usando informação privilegiada | 4 | Adição de medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; acesso restrito aos dirigentes da área de RH, trabalhadores da Seção de Pessoal e Secretaria Geral e interessados. | Medidas implementadas/em vigor 2023 Foram mantidas as medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais; o acesso e restrito apenas aos responsáveis pela área de RH e aos interessados. |
| CASV | 2 | TIGD08 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Deterioração dos documentos - causa ambiental; ação humana e/ou sinistros naturais | 6 | Rotinas de limpeza periódica dos depósitos de documentação; Desinstalação anual das instalações; Digitalização dos documentos e devida implementação do Gestdoc; Destruição de Arquivo. | Foi feita limpeza e arreamação mensal dos depósitos de documentação, mantendo-se em arquivo apenas os documentos necessários. Mantém-se uma boa conservação dos documentos. |
| CASV | 3 | GS03 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controle sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; Insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | Foi feito backup semanal de toda a informação partilhada na rede interna, acessível aos colaboradores do CASV |
| CASV | 4 | GAPC01 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Falha na avaliação e consolidação das necessidades de materiais e equipamentos de consumo clínico | 1 | Rigoroso controlo de consumos e stocks. | Foi feito um rigoroso controlo dos equipamentos e materiais de consumo clínico; foi adquirido um stockpólio para o Gabinete Médico. |
| CASV | 5 | GAUCE5 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em registos centrais - B | 2 | Conferência integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Acesso ao Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual contempla rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação da informação. | Foram feitas conferências periódicas (mensal) das existências físicas, com os registos informáticos (base de dados interna). |
| CASV | 6 | GAUCE6 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | Foram feitas conferências periódicas (trimestral) do património inventariado com o que efetivamente existe. |
| CASV | 7 | GAPC03 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | aturação de episódios não realizados | 3 | Controlo das agendas das diferentes atividades, com os mapas das consultas realizadas validado por mais que um responsável. | Foi mantido o controlo da agenda das consultas médicas, com os mapas das consultas realizadas, validado por mais que um responsável. |
| CASV | 8 | GAPC04 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Furto ou desvio de numerário associado ao manuseamento e controlo de receita | 3 | Conferência periódica entre o recebedor e o faturado. Segurança física das instalações (passwords de acesso e alarmes de intrusão). Elevado sigilo profissional (não partilhar informações com terceiros) | Foi conferido semanalmente o recebido e o faturado. A segurança física foi garantida por cofre. Garantido o sigilo profissional, não existindo qualquer partilha de informação com terceiros. |
| CASV | 9 | GS04 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa dos passwords. | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa dos passwords. Realizada ação de sensibilização para a correta utilização e proteção de dados pessoais. |
| CASV | 10 | GS05 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | Cumprimento das normas e regras instituídas para movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. |
| CASV | 11 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Cumprimento do Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD) e do Regulamento Interno do IASFA, L.P. |
| CASV | 12 | GRP07 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - B | 2 | Levantamento anual das necessidades de investimento em bens patrimoniais reportando ao GRM. | Foi feita a manifestação de necessidades de investimento em bens patrimoniais e enviada ao GRM, para o ano 2024. |
| CASV | 13 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Foram observadas e rigorosamente cumpridas as disposições legais, bem como os normativos internos. Foram auditados periodicamente todos os procedimentos. |
| CASV | 14 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | Foi feito o preenchimento do mapa mensal de utilização de veículos de serviços gerais e registos de combustíveis, monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias percorridas) e remetidos ao gestor de frota/GRM. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|----------|--|--|------------------------|---|---|
| UO | Num | cod_ativ | atividade | potencial risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| GACD | 1 | TIGD02 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Acesso a informação restrita e confidencial por pessoas não autorizadas | 3 | Monitorização periódica do acesso à pasta digital de informação confidencial; estratificação do acesso à documentação por áreas funcionais e níveis de segurança atribuída (Pastas com acessos controlados e restritos); Reforço do controlo por 2ª pessoa e supervisão hierárquica da tramitação dos processos por forma a garantir o acesso restrito aos documentos. | Acesso único pela Chefia da Secretária à pasta digital de informação confidencial (acesso atribuído dr. proposta de redação da IP - gestão documental); estratificação do acesso à documentação por áreas funcionais (Pastas com acessos controlados pelo GSDC e chefia da UO remetente/destinatária); Reforço do controlo por 2ª pessoa e supervisão hierárquica da tramitação dos processos por forma a garantir o acesso restrito aos documentos. |
| GACD | 2 | TIGD06 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Atribuição indevida de perfis no acesso à gestão documental | 2 | Implementação de Instrução Permanente - Gestão documental - Normas Relativas ao tratamento do expediente da Secretária Central do IASFA; utilização de pastas digitais por Unidade Orgânica para acesso restrito à informação/documentação; promoção da disponibilização do registo periódico dos acessos ao arquivo digital pelos responsáveis pelos sistemas de informação e acompanhamento e supervisão hierárquica dos referidos acessos. | Adesão ao projeto de implementação do Sistema de Gestão Documental - Edodlink - na Defesa Nacional; utilização de pastas digitais por Unidade Orgânica para acesso restrito à informação/documentação; promoção da disponibilização do registo dos acessos ao arquivo digital pelos responsáveis pelos sistemas de informação e acompanhamento e supervisão hierárquica dos referidos acessos. |
| GACD | 3 | GFA02 | Gestão da frota automóvel | Deficiente programação de atividades levando a conflitos operacionais e inerentes custos, quer a nível de eficácia, quer a nível financeiro. | 2 | Documento, permanentemente atualizado, com a programação integrada das várias atividades. Elaborado de acordo com as folhas de serviço onde consta a fundamentação da necessidade do serviço requerido, devidamente validada pela Chefia da UO que requer o serviço de transporte. | Documento atualizado com a programação integrada das várias atividades, elaborado de acordo com as folhas de serviço onde consta a fundamentação da necessidade do serviço requerido, remetida pela UO que requer o serviço de transporte com conhecimento à Chefia respectiva. |
| GACD | 4 | TIGD11 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Falta de encaminhamento, ou encaminhamento indevido, dos documentos recebidos no Conselho Diretivo resultante da inexistência de um sistema de gestão documental | 3 | Implementação de um sistema de informação de Gestão documental para encaminhamento de todos os documentos; utilização simultânea do envio físico dos documentos através de entrega personalizada e utilização de correio interno; controlo de prazos em articulação com os serviços; verificação de casos pontuais e controlo de reclamações. | Adesão ao projeto de implementação do Sistema de Gestão Documental - Edodlink - na Defesa Nacional; utilização simultânea do envio físico dos documentos através de entrega personalizada e utilização de correio interno; controlo de prazos em articulação com os serviços; quando aplicável, verificação de casos pontuais devidamente analisados e controlo de reclamações. |
| GACD | 5 | AIC01 | Assuntos jurídicos e contencioso | Incumprimento de prazos legais | 3 | Acesso a bases de dados completas e atualizadas de legislação; controlo efetivo dos prazos por 2ª pessoa e chefia (3 níveis de controlo). | Acesso a bases de dados dos processos em contencioso; controlo efetivo dos prazos por 2ª pessoa, quando os RH afetos à equipa o permitam, e chefia (3 níveis de controlo). |
| GACD | 6 | TIGD14 | Tratamento de Informação e Gestão documental | Manipulação e/ou omissão de informação relevante para o bom funcionamento das atividades do IASFA | 2 | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo. Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código Geral da Proteção de Dados. Regulamento Interno do IASFA. | Procedimentos internos definidos para a receção e encaminhamento de correspondência, bem como o seu registo e arquivo (Proposta de IP - gestão documental, submetida a despacho ao CD em 2020, mas não implementada por se aguardar a adesão ao Edodlink). Elaboração de Manual de processos do GACD (não submetido a despacho, por aguardar introdução do processo gestão documental com base em sistema automatizado de gestão). Vários níveis de validação de informação e respetivo encaminhamento. Observância das normas do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais do IASFA; |
| GACD | 7 | CRP01 | Comunicação e Relações Públicas | Não divulgação de informação | 2 | Implementação do plano de Comunicação Institucional; atividades desenvolvidas em equipa e verificação da informação disponibilizada/divulgada por segundo elemento da equipa e com supervisão hierárquica; articulação permanente com as UO através de canal de comunicação já instituído (e-mail, NL, intranet). | Implementação do plano de Comunicação Institucional; atividades desenvolvidas em equipa e verificação da informação disponibilizada/divulgada por segundo elemento da equipa e com supervisão hierárquica; articulação permanente com as UO através de canal de comunicação já instituído (e-mail, NL, intranet). |
| GACD | 8 | AIC02 | Assuntos jurídicos e contencioso | Parcialidade/favorecimento na emissão de pareceres; jurídicos | 3 | Verificação do Parecer por 2ª pessoa e chefia; solicitar Patrocínio Judicial à sociedade de advogados contratada em regime de avença, sempre que as circunstâncias o justificarem. | Verificação do Parecer por 2ª pessoa (quando o n.º de elementos da equipa de juristas o permitir) e chefia; solicitação de Patrocínio Judicial à sociedade de advogados contratada em regime de avença, sempre que as circunstâncias o justificarem. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|-----------|---------------------------------|---|------------------------|--|---|
| NO | Num | cod. ativ | atividade | potencial risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| GACD | 9 | CRP02 | Comunicação e Relações Públicas | Prestação de informação inadequada no atendimento e relacionamento com os Beneficiários | 2 | Registro das informações prestadas em sistema de informação próprio (CRM). Articulação com as Direções de Serviços para atualização das FAQ; Observância do manual de procedimentos da UB. | Registro das informações prestadas em sistema de informação próprio (CRM). Articulação com as Direções de Serviços para atualização das FAQ; Observância do Manual de Procedimentos da UB. |
| GACD | 10 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Implementação de um canal de denúncias. |
| GACD | 11 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrônico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registros combustíveis do RUV/IASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registros combustíveis do RUV/IASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. |
| GACD | 12 | CRP03 | Comunicação e Relações Públicas | Vulnerabilidade pela presença do IASFA nas redes sociais | 2 | Acompanhar as redes sociais de forma permanente; identificar comentários negativos e reclamações e responder quando aplicável. Utilização de um filtro de bloqueio de linguagem ofensiva. Aplicação conforme os Termos Condições de Utilização das Redes Sociais do IASFA, nomeadamente o direito a eliminação de conteúdo inapropriado e/ou de exclusão de usuário. | Acompanhamento das redes sociais de forma permanente; identificação de comentários negativos e reclamações e envio de resposta, quando aplicável. Utilização de um filtro de bloqueio de linguagem ofensiva. Aplicação conforme os Termos Condições de Utilização das Redes Sociais do IASFA, nomeadamente o direito a eliminação de conteúdo inapropriado e/ou de exclusão de usuário. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-----|-----|----------|------------------------------|--|------------------------|--|--|
| UN | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| GAI | 1 | SegDA01 | Segurança e Defesa Alimentar | Deterioração e contaminação dos géneros | 3 | Formação dos funcionários em higiene alimentar e realização de supervisão/visitas técnicas. | Implementado. Feita a formação a todos os elementos que lidam com géneros nas cozinhas. Implementada solução e pack digital para monitorização do plano de higiene e segurança alimentar |
| GAI | 2 | AGR01 | Auditoria e gestão do risco | Extravio/inutilização de evidências de suporte às constatações | 3 | Limitação do acesso aos processos de auditoria; manutenção de arquivo próprio para os processos de auditoria. | Implementado. Armário localizado no GAI cuja abertura é feita por chave e soquete com código. |
| GAI | 3 | PE01 | Planeamento estratégico | Falta de fiabilidade nas fontes de informação | 3 | Cruzamento de dados; análise de período homólogo e registo de tendências | É realizada a análise da informação recebida e conferida junto das fontes. |
| GAI | 4 | AGR02 | Auditoria e gestão do risco | Falta de normalização de procedimentos no âmbito da atividade dos CAS | 3 | Concluir o Regulamento interno dos CAS do IASFA. | Enviada proposta ao CD. |
| GAI | 5 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Implementado. Criado o canal de denúncia na plataforma do MDN |
| GAI | 6 | AGR03 | Auditoria e gestão do risco | Utilização indevida de informação | 3 | Rotatividade de equipas de Auditores; Sensibilização quanto aos princípios da Auditoria; trabalho de campo realizado por mais do que 2 elemento da equipa de auditores; formação em auditoria interna; sensibilização interna para a classificação documental. | Implementado |

2023 10

Em 31 de dezembro 2023

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-------|-----|-----------|--|---|------------------------|---|--|
| Un | Num | cod. Ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau |
| GPFGO | 1 | GRF01 | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Deficiente controle da faturação e consequente insuficiência no controle da receita | 2 | Registo metódico dos factos, sendo que todas as operações devem ser relevadas de uma forma sistemática e sequencial e todas as passagens dos documentos pelos diversos sectores devem ficar registadas. | Medidas implementadas/em vigor 2023 Os processos de faturação das rendas e das mensalidades das ERPI's, que englobam cerca de 80% da receita própria da ASC do Instituto encontra-se centralizada no GPFGO, o que permite um maior controlo da faturação emitida e dos montantes pagos, bem como das dívidas existentes. Relativamente à anulação de faturas emitidas (notas de crédito clientes), desde janeiro de 2019 que se encontra centralizada no GPFGO, não sendo permitido aos CAS proceder à emissão de notas de crédito. As Notas de crédito são emitidas pelo GPFGO a pedido dos CAS, através do envio de email com a fundamentação da necessidade de se proceder ao lançamento da nota de crédito. |
| GPFGO | 2 | GRF02 | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Falha na conferência da folha de processamento dos vencimentos e outros abonos | 1 | Conferir e validar mensalmente numa base de amostragem o processamento dos vencimentos e outros abonos, antes do seu pagamento. | O processamento dos vencimentos e outros abonos é conferida e validada mensalmente, antes do seu pagamento. |
| GPFGO | 3 | GRF03 | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira (p.e. classificações contabilísticas incorretas) | 6 | Elaboração de Manual de Apoio à classificação orçamental/patrimonial; Conferência da informação intermédia e final. | A medida que são avaliados e redefinidos os procedimentos em cada processo, da cobrança de Receita e pagamento de despesa, tem vindo em complemento a ser elaborado o plano de contas interno. Durante o ano de 2023 foram aprovados os procedimentos para o registo e controlo de existências, e respetivo Manual com o plano de contas para o processo de registo das existências. De referir que se pretende que com a aprovação do Plano de contas os SI estejam já prontos para corresponder aos registos contabilísticos de acordo com as contas patrimoniais e orçamentais que fazem parte do plano de contas, pelo que o plano vai sendo elaborado à medida que são revistos os processos. Embora o Manual com o plano de contas consolidado ainda esteja em elaboração, a classificação orçamental das despesas e receitas é efetuado tendo por base o DL 26/2002 e as instruções da entidade responsável pela classificação orçamental (DGO), e a classificação Patrimonial de acordo com o PNC do SNC-AP, bem como no final de cada ano é feito por parte deste gabinete a análise das contas de rendimentos e gastos, sendo efetuadas as alterações necessárias, à consolidação da conta do Instituto. |
| GPFGO | 4 | GACE06 | Gestão de armazéns e controlo de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | Não é uma competência deste Gabinete proceder à conferência e implementação de procedimentos de controlo dos bens inventariados, bem como do controlo de existências. Pese embora esta responsabilidade não ser deste Gabinete, é necessário garantir a fiabilidade das contas do Instituto, pelo que foi elaborado um manual com os procedimentos para o registo das existências, estando em elaboração uma Instrução Técnica com os procedimentos do registo contabilístico, das aquisições, entradas e Saídas de bens que devem ser classificados como existências, para implementação a partir de Janeiro de 2024. |
| GPFGO | 5 | GAPC05 | Gestão de atividades e utentes dos Postos Clínicos | Não atualização da tabela de preços a praticar. | 3 | Preparar os procedimentos e adotar para o controlo da receita. Atualizar os sistemas de informação. | Encontra-se em fase de elaboração um manual de controlo interno para a receita, tendo já sido feito um 1º levantamento dos processos, tendo em conta os muitos processos de arrecadação de receita. Com os vários trabalhos atetos a este Gabinete, e a escassez de RH, alguns como prioritários, os trabalhos para este manual estão suspensos, sendo retomados assim que exista disponibilidade |
| GPFGO | 6 | GRF04 | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Falta de rigor e controlo na autorização de despesa (sem prévio cabimento orçamental). | 1 | Efetuar todas as despesas após a elaboração de cabimento prévio e respetivo compromisso, na rubrica orçamental respetiva de acordo com o definido no DL 26/2002. O SIG cumpre o ciclo da despesa legalmente definido. | O SIG cumpre o ciclo da despesa legalmente definido. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|--------|-----|------------|--|--|------------------------|---|--|
| UO | Num | cod. ativo | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| GP/GFO | 7 | GRF05 | Gestão de recursos financeiros e orçamento | Omissões em SIGDN na prestação de contas do movimento de operações de tesouraria, de acordo com os critérios definidos no POCP | 2 | Registo metódico dos factos, sendo que todas as operações devem ser relevadas de uma forma sistemática e sequencial e todas as passagens dos documentos pelos diversos sectores devem ficar registadas. | O normativo contabilístico que vigora desde 1 de janeiro de 2019 é o SNC-AP que veio substituir o anterior-POCP. O SIGDN permite um registo de todos os movimentos contabilísticos e prestação de contas de acordo com os critérios definidos no SNC-AP. |
| GP/GFO | 8 | CP03 | Contratação Pública | Os funcionários não recebem formação adequada para prevenir situações de conflito de interesses | 2 | Assegurar formação no âmbito da contratação pública | Todos os anos tem sido assegurado no orçamento uma verba para formação, sendo a sua gestão feita pelo GRH, entidade responsável pelo plano de formação. |
| GP/GFO | 9 | GRP04 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - A | 4 | Assegurar em planeamento anual de orçamento verbas para investimento em bens patrimoniais | O orçamento do Instituto é construído tendo por base as necessidades apresentadas pelas UO, incluindo uma verba para investimento. |
| GP/GFO | 10 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Tendo em conta a publicação do DL nº 109 - E/2021, encontra-se em desenvolvimento pelo GAI o canal de denúncias de todo o instituto, e não especificamente da área afeta a este Gabinete. |
| GP/GFO | 11 | GFAD4 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustível. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes; anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUV/IASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | Não é uma competência deste Gabinete proceder ao controlo da utilização indevida dos cartões de abastecimento de combustíveis. |

Xpofis ko c

Em 31dez2023

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-----|-----|------------|----------------------------|---|------------------------|--|---|
| UO | Num | cod. ativ. | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas Implementadas/em vigor 2023 |
| GRH | 1 | GRH01 | Gestão de recursos humanos | Atribuição indevida de subsídio transporte (passe mensal) | 1 | Obtenção de Despacho superior; Processamento mediante a apresentação de comprovativo de aquisição do título transporte em consonância com o n.º de cartão passe único de transporte. | Implementado |
| GRH | 2 | GRH02 | Gestão de recursos humanos | Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas | 4 | Revisão anual de todos os pedidos de acumulação de funções. | Implementado |
| GRH | 3 | GRH03 | Gestão de recursos humanos | Exercício da atividade privada durante o horário de trabalho | 4 | Utilização dos mecanismos legais para o reporte de eventual envolvimento em condutas consideradas inapropriadas/ilegais. | Implementado |
| GRH | 4 | GRH04 | Gestão de recursos humanos | Exercício de atividades não autorizadas | 4 | Obrigatoriedade de apresentação de requerimento de acumulação de funções nos termos definidos no artigos 19 e seguintes da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas aprovada e publicada em Anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de Junho. Divulgação na intranet, todas as normas, minutas e procedimentos a observar nos pedidos de autorização, alteração e cessação de acumulação de funções (artigo 14.º do RGPC). | Implementado |
| GRH | 5 | GRH05 | Gestão de recursos humanos | Favorecimento ou prejuízo na escolha de recursos humanos a recrutar | 4 | Publicação do anúncio na Bolsa de Emprego Público (www.bep.gov.pt); Publicitação dos anúncios na página eletrónica do IASFA; Observância do regime legal sobre recrutamento e seleção na AP; Elaboração de processo administrativo (decisão do dirigente, CV do candidato, informação da UO, decisão superior, pedido do serviço de origem e respetiva resposta). | Implementado |
| GRH | 6 | GRH06 | Gestão de recursos humanos | Intervenção no procedimento de recrutamento de recursos humanos, evidenciando ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção de pessoal e dos resultados das decisões de avaliação. | 1 | Proceder à nomeação de júris diferenciados para cada concurso; Garantir a integração do Chefe da UO no júri do procedimento; Elaborar e divulgar manual de procedimentos de recrutamento, incluir critérios objetivos de seleção. | Está em curso atualização do manual/procedimentos de recrutamento de acordo com a Portaria 233/2022 |
| GRH | 7 | GRH07 | Gestão de recursos humanos | Manipulação do processamento das remunerações | 1 | Segregação de funções; Procedimentos inerentes ao processamento de salários. | Implementado |
| GRH | 8 | CP03 | Contratação Pública | Os funcionários não recebem formação adequada para prevenir situações de conflito de interesses | 2 | Assegurar formação no âmbito da contratação pública | Implementado |
| GRH | 9 | GRH08 | Gestão de recursos humanos | Segurança da Informação - Divulgação de Informação Confidencial | 1 | Acesso aos processos individuais restrito aos trabalhadores de áreas de RH e a interessados legitimados; Garantir o acesso restrito e controlado ao arquivo físico; Implementar a digitalização do histórico documental. | Implementado. Relativamente a digitalização dos processos está a ser iniciado. |
| GRH | 10 | GS11 | Gestão de recursos humanos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente. | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | Implementado |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-----|-----|----------|---|--|------------------------|---|-------------------------------------|
| UO | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| GRM | 1 | GRP01 | Gestão de recursos patrimoniais | Ajudicação de obras desnecessárias no patrimônio do IASFA | 4 | Avaliação do estado de conservação dos imóveis e das obras necessárias efetuadas sempre por 2 representantes e confirmadas pelo Chefe de Divisão e Diretor de Serviços. | Implementado |
| GRM | 2 | GFA01 | Gestão da frota automovel | Ausência de normas na gestão e utilização dos Cartões Abastecimento Eletrocnico | 5 | Aprovação de IP proposta - "Normas para a Gestão e Utilização dos Cartões Eletrônicos de Abastecimento de Combustível". | Implementado |
| GRM | 3 | GACE01 | Gestão de armazéns e controle de existências | Bem abatido continuar nos serviços e abates sem autorização dos órgãos competentes | 2 | Continuar a identificar os bens imobilizados, abatendo no SIG o que já foi abatido anteriormente. | Implementado |
| GRM | 4 | GACE02 | Gestão de armazéns e controle de existências | Bens entregues pelos fornecedores não cumprindo as quantidades e requisitos indicados | 3 | Verificação dos bens entregues efetuada por 2 funcionários que confirmam e assinam. Aperfeiçoar os procedimentos de recepção, incluindo através da metodologia "carga cega". | Implementado |
| GRM | 5 | GAPC02 | Gestão de atividades e clientes dos Postos Clínicos | Falhas na aplicação de normas e procedimentos no âmbito da atividade dos Postos Clínicos | 6 | Apoiar os CAS com Postos Clínicos na contratualização de serviços nas circunstâncias que o exijam. | Implementado |
| GRM | 6 | GACE03 | Gestão de armazéns e controle de existências | Falta de conciliação entre os stocks reais e os existentes em sistema | 6 | Reconciliação integral dos stocks em sistema com o efetivamente existente. Criação de Manual de Procedimentos de Gestão de Stocks, o qual deve contemplar rotinas de conciliação e inspeção periódica. Vários colaboradores com responsabilidade de validação de informação. | Parcialmente Implementado |
| GRM | 7 | GACE06 | Gestão de armazéns e controle de existências | Falta de inventariação e localização atualizada dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do patrimônio inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | Implementado |
| GRM | 8 | GACE07 | Gestão de armazéns e controle de existências | Inadequado perfil de competências para o exercício das funções | 2 | Diligenciar ações de formação no âmbito deste processo, nomeadamente em gestão da cadeia de abastecimento, gestão de stocks e ao nível do conhecimento da utilização das potencialidades do SIGDN. | Implementado |
| GRM | 9 | GACE08 | Gestão de armazéns e controle de existências | Incorreta avaliação do imobilizado | 2 | Rigoroso controlo de existências de bens e seu valor patrimonial e distribuição pelos diferentes locais (folha de carga em cada dependência). | Implementado |
| GRM | 10 | GS05 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respeitar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | Implementado |
| GRM | 11 | GACE09 | Gestão de armazéns e controle de existências | Incorreta parametrização dos artigos/bens/géneros | 2 | Promover a parametrização correta dos artigos/bens/géneros, incluindo os suscetíveis de fracionamento para além da unidade. Promover conferências de inventário geral dos armazéns por amostragem registando a taxa de não conformidades observadas. Elaborar Manual de procedimentos, que integre os procedimentos a desenvolver nas diferentes áreas. | Implementado |

| 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 | 13 |
|-----|-----|------------|--|---|------------------------|---|------|-------------------------------------|----|
| GRM | Num | cod. ativo | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau | Medidas implementadas/em vigor 2023 | |
| GRM | 12 | GACE10 | Gestão de armazéns e controle de existências | Indisponibilidade de existências e falta de otimização de stocks | 3 | Elaboração anual de um Plano de necessidades para otimizar a composição dos stocks e garantir a disponibilidade das existências. | i | Implementado | |
| GRM | 13 | CP01 | Contratação Pública | Inexistência de elaboração de uma previsão de todas as fases do concurso, e os seus possíveis incidentes, com base em estimativas fundamentadas | 1 | Conclusão da elaboração dos manuais de boas práticas na área da contratação pública do IASFA e na área do imobilizado. Seguir os procedimentos enunciados nos referidos manuais. | i | Implementado | |
| GRM | 14 | CP02 | Contratação Pública | Inexistência de mecanismos internos de controlo que permitam detetar situações de colisão entre concorrentes e eventual corrupção de funcionários | 2 | Conclusão da elaboração dos manuais de boas práticas na área da contratação pública do IASFA e na área do imobilizado. Seguir os procedimentos enunciados nos referidos manuais. | n | Implementado | |
| GRM | 15 | GACE11 | Gestão de armazéns e controle de existências | Integridade e segurança de informação | 5 | Finalização do módulo que está a ser desenvolvido no âmbito do SIPIASFA, o qual vai permitir "gerir" o processo de gestão de armazéns e controlo de existências, desde a requisição do bem, por parte das unidades orgânicas, até ao seu processamento e entrega nas respetivas unidades orgânicas, incluindo nos CAS. Clarificar o enquadramento, objetivos e atividades suportadas pelo referido módulo do SIPIASFA (respeitante à gestão de armazéns e existências). | p | Parcialmente Implementado | |
| GRM | 16 | GFA03 | Gestão da frota automóvel | Metodologia de gestão consumos de combustível inadequada | 9 | Controlar o abastecimento, consumo e distâncias percorridas verificando médias de consumo; No âmbito das viaturas assegurar que o controlo do consumo e abastecimento seja assegurado através do sistema informático de gestão da frota. | i | Implementado | |
| GRM | 17 | CP03 | Contratação Pública | Os funcionários não recebem formação adequada para prevenir situações de conflito de interesses | 2 | Assegurar formação no âmbito da contratação pública. | i | Implementado | |
| GRM | 18 | GRP05 | Gestão de recursos patrimoniais | Realização de investimentos (por via de aquisição de bens ou de benfeitorias) em bens patrimoniais de modo não planeado - A | 4 | Assegurar em planeamento anual as necessidades de investimento em bens patrimoniais. | i | Implementado | |
| GRM | 19 | CP04 | Contratação Pública | Recursos sucessivos à consulta prévia ou ao ajuste direto | 4 | Adotar procedimentos de controlo interno que assegurem o cumprimento legal. | i | Implementado | |
| GRM | 20 | CP05 | Contratação Pública | Situações de conflitos de interesses | 3 | Implementar mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses, designadamente os previstos no CCP e no CPA. | i | Implementado | |
| GRM | 21 | CP06 | Contratação Pública | Situações de convivência com fornecedores de bens ou serviços | 5 | Realizar consultas prévias a vários fornecedores. Auditar os procedimentos com auditorias internas. | i | Implementado | |
| GRM | 22 | GS11 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | i | Implementado | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|-----|-----|----------|---------------------------|--|------------------------|--|-------------------------------------|
| UO | Num | cod_ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| GRM | 23 | GFA04 | Gestão da frota automóvel | Utilização indevida do cartão eletrónico de abastecimento de combustíveis. | 3 | Preenchimento do anexo IV Folha de serviço de transportes, anexo V - mapa de utilização de veículos de serviços gerais e anexo VIII - registos combustíveis do RUVIASFA e monitorização, análise e verificação dos dados inseridos (abastecimento, consumo e distâncias) e remetidos ao gestor de frota. | Implementado |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|------|-----|-----------|---|--|------------------------|--|------|---|----|----|----|
| Ord | Num | Cod. Ativ | atividade | potencial Risco | significância do risco | medidas mitigadoras propostas | grau | Medidas implementadas/em vigor 2023 | | | |
| GSIC | 1 | GS101 | Gestão de sistemas de informação | Acesso a dados pessoais e sensíveis | 4 | Implementação de políticas de acesso, de acordo com o princípio do privilégio mínimo. | i | Prevista a possibilidade e de credenciação do(s) administrador(s). | | | |
| GSIC | 2 | GS102 | Gestão de sistemas de informação | Acesso a recursos do IASFA por entidades estranhas ou não autorizadas | 3 | Implementação de políticas de acesso, de acordo com o princípio do privilégio mínimo. | i | Implementadas políticas de acesso, de acordo com o princípio do privilégio mínimo. | | | |
| GSIC | 3 | GS103 | Gestão de sistemas de informação | Falha do sistema de backup automático de toda a informação | 2 | Manter o controle sobre sistema de backup automático de toda a informação contida na rede; insistir com os utilizadores sobre a importância de armazenar os documentos importantes em pastas abrangidas por esse sistema. | n | Em fase de instalação de uma solução de backups automático. | | | |
| GSIC | 4 | GACE06 | Gestão de armazéns e controle de existências | Falta de inventariação e localização dos ativos fixos tangíveis | 2 | Conferência integral do património inventariado com o efetivamente existente. Realizar rotinas de inspeção periódica do estado e localização dos ativos fixos tangíveis. | i | Todas as saídas de material são devidamente validadas e assinadas as GE pelo Chefe do GSIC. Existe um palatiforma de controlo do material de informática. Registam-se as aquisições em SIG. | | | |
| GSIC | 5 | GS104 | Gestão de sistemas de informação | Inadequada gestão do controlo de acesso à informação. | 2 | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | i | Atribuição do perfil adequado a cada colaborador, bem como a sua modificação, em consequência da alteração/cessação de funções. Sensibilização para a utilização criteriosa das passwords. | | | |
| GSIC | 6 | GS105 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta gestão dos meios | 4 | Respetar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | i | Respetar as regras instituídas para aquisição, movimentação e abate de equipamentos e aplicações de modo a manter o inventário completo e atualizado. | | | |
| GSIC | 7 | GS106 | Gestão de sistemas de informação | Incorreta utilização das aplicações e/ou bases de dados, com risco de informação errada, dificuldade de integração e perda de dados | 2 | Proporcionar aos colaboradores a adequada formação para a correta utilização das aplicações, respeitando minuciosamente os procedimentos instituídos. | p | De um modo geral é dada formação específica aos colaboradores. No caso do GSIC todos os colaboradores estão em processo de mobilidade na AP. | | | |
| GSIC | 8 | GS107 | Gestão de sistemas de informação | Inexistência de identidade única de colaborador do IASFA - limitação na alteração de credenciais nos vários sistemas; dificuldade na garantia da aplicação do princípio do privilégio mínimo | 4 | Implementação de sistema de identidade única (e nominal) para colaboradores do IASFA; implementação de políticas de acessos, de acordo com o princípio do privilégio mínimo. | p | Em planeamento um sistema de identidade única (e nominal). Implementada políticas de acessos, de acordo com o princípio do privilégio mínimo. | | | |
| GSIC | 9 | GAPCO5 | Gestão de atividades e videntes dos Postos Clínicos | Não atualização da tabela de preços a praticar. | 3 | Propor os procedimentos a adotar para o controlo da receita. Atualizar os sistemas de informação. | w | Estamos em fase de adquirir novo software (imed da ACIN) e operacionalizá-lo nos CAS a partir de jan/2024, de acordo com as tabelas da ADSE e deliberações do CD do IASFA. | | | |
| GSIC | 10 | GS108 | Gestão de sistemas de informação | Não atualização de programas e sistemas operativos informáticos. | 2 | Manter atualizados programas em todos os servidores de rede e workstations. | i | A atualização de software é coordenada com o CDD. | | | |
| GSIC | 11 | GS109 | Gestão de sistemas de informação | O aumento dos ciberataques | 4 | Promover, através dos meios de divulgação possíveis, a informação dos utilizadores alertando-os para os constantes ataques de software malicioso e preparando-os para evitar o risco e, quando necessário, minimizar os danos. | i | Foi publicado na intranet do IASFA informação uti aos utilizadores assim como alertas para a sensibilidade do assunto. | | | |
| GSIC | 12 | GS110 | Gestão de sistemas de informação | Uso indevido de identidade e partilha de credenciais entre utilizadores | 6 | Sensibilização dos utilizadores para os riscos e responsabilidades associados à partilha de credenciais; implementação de sistema de identidade única (e nominal) para colaboradores do IASFA; implementação de política de impossibilidade de acesso em mais do que dois terminais em simultâneo. | p | É necessário um servidor de autenticação (ISE) e gestão de identidades. Esta no nosso road map a implementação deste serviço em 2024. | | | |
| GSIC | 13 | GS111 | Gestão de recursos | Uso indevido de recursos do IASFA para fins não autorizados superiormente | 4 | Observância e cumprimento das disposições legais, bem como normativos internos. Auditar procedimentos. Implementação de um canal de denúncias. | i | Implementado o canal de denúncias via plataforma do MDN | | | |

Yoliz
 100 C


Em 31dez2023

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 11 | 12 |
|------|-----|-----------|----------------------------------|--|------------------------|--|---|
| UO | Num | cod_activ | atividade | potencial Risco | significancia do risco | medidas mitigadoras propostas | Medidas implementadas/em vigor 2023 |
| GSIC | 14 | GS12 | Gestão de sistemas de informação | Utilização de credenciais genéricas para o acesso a recursos | 2 | Implementação de política de restrição à utilização de credenciais genéricas; implementação de política de criação de credenciais nominais com privilégios específicos (e.g. administrador de sistemas). | <p>É necessário um servidor de autenticação e gestão de identidades (SE).</p> |