



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO INTERCALAR

PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

(PPGRCIC)

OUTUBRO 2023

Serv	N.º	Rev
01	27	06

ÍNDICE

	Pág.
I Introdução	4
II Enquadramento organizacional	5
III Avaliação do estado de implementação das medidas associadas a riscos elevados ...	12
IV Conclusão	17

Serv	N.º	Rev
01	27	06

FICHA TÉCNICA:

RELATÓRIO INTERCALAR DE EXECUÇÃO – outubro 2023

PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA DO FAIAL

Estrada Príncipe Alberto do Mónaco

9900 – 038 Horta

Telefone: 292 207 200

E-mail: sres-usifaial@azores.gov.pt

Site oficial: [USIFaial – Unidade de Saúde da Ilha do Faial \(azores.gov.pt\)](http://USIFaial – Unidade de Saúde da Ilha do Faial (azores.gov.pt))


Aprovado pelo Conselho de Administração a 26 de outubro de 2023

Serv	N.º	Rev
01	27	06

I. INTRODUÇÃO

No presente relatório efetua-se uma avaliação intercalar do grau de implementação das medidas de mitigação dos riscos identificados no Plano de Prevenção de Gestão de Riscos De Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC) da USIFaial referentes às situações de risco elevado, conforme previsto na a) do ponto 4, do art.º 6º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

A elaboração do presente documento beneficiou do contributo dos responsáveis pela implementação das medidas de prevenção de riscos elevados associadas a cada uma das áreas envolvidas.

	RELATÓRIO INTERCALAR DE EXECUÇÃO PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS		Referência do documento:		
			Serv	N.º	Rev
			01	27	06

II. ENQUADRAMENTO ORGANIZACIONAL

A Unidade de Saúde da Ilha do Faial é uma unidade de prestação de Cuidados de Saúde Primários sem internamento que tem como:

Missão

A **missão** da USIFaial é a de prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhoria da saúde das famílias e da comunidade e colocar o utente no centro de toda a atividade desenvolvida. Para cumprimento da sua Missão o grupo de profissionais organiza-se em equipa multidisciplinar, de modo a que, seja possível que todos os utentes inscritos tenham médico e enfermeiro de família.

O objetivo da Equipa é o de contribuir para que todos os serviços sejam prestados com um elevado nível ético, de forma cortês e profissional, com rigor e qualidade técnico-científica; utilizando as boas práticas e as normas de ética e deontologia profissionais.

Visão


A nossa **visão** é a de ser um parceiro de confiança do Serviço Regional de Saúde caminhando com vista à melhoria contínua, fazer sempre o melhor. Trabalhamos para ser uma unidade de saúde de referência a nível regional, por um lado, a nível de satisfação dos utentes e dos profissionais e, por outro, para garantir um atendimento de qualidade, de eficiência e de acessibilidade dos utentes.

Valores

Como **valores** da Equipa salientamos os seguintes:

- **Integridade:** promover a honestidade, imparcialidade, respeito e solidariedade na conduta profissional, demonstrando a todos, e em especial àqueles com quem se relaciona interna e externamente, um ambiente geral de confiança e integridade.
- **Confiança:** incentivar uma cultura de abertura, transparência, proximidade e responsabilização, promovendo uma participação ativa dos profissionais, colaboradores, parceiros e utentes.
- **Inovação:** traçar caminhos inovadores para criar valor nas áreas chave com vista à melhoria contínua através de métodos e soluções originais e pioneiras.

Para cumprir a missão e atingir a visão traçada assume uma Carta de Missão e Valores ancorada nos princípios éticos da gestão pública, observando os princípios da atividade administrativa consagrados na Constituição e na lei, designadamente os de Serviço Público, Integridade, Justiça e Imparcialidade,

	RELATÓRIO INTERCALAR DE EXECUÇÃO PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS		Referência do documento:		
			Serv	N.º	Rev
			01	27	06

Igualdade, Proporcionalidade, Transparência, Colaboração e da Boa-Fé, Informação e da Qualidade, Lealdade, Integridade, Competência e Responsabilidade; e, Urbanidade por forma a assegurar o respeito e confiança dos vários intervenientes, todos constantes no Código de Ética e de Conduta, perante o qual todos os colaboradores e dirigentes têm de declarar a sua adesão.

Objetivos

O objetivo da USIFaial é seguir a sua missão de acordo com os valores éticos e deontológicos subjacentes à melhor prossecução do interesse público, concretamente:

- Promover uma cultura organizacional e individual de conformidade com os valores e princípios adotados, bem como para o desenvolvimento das melhores práticas de conduta ética, com vista à excelência, enquanto entidade que presta um serviço público em cuidados de saúde primários;
- Assegurar os valores, princípios, normas e regras de conduta que norteiam o relacionamento interpessoal e com as várias entidades e parceiros;
- Garantir elevados padrões de referência e de atuação no exercício da sua atividade.

CARTEIRA DE SERVIÇOS

A carteira de serviços da USIFaial é a seguinte:

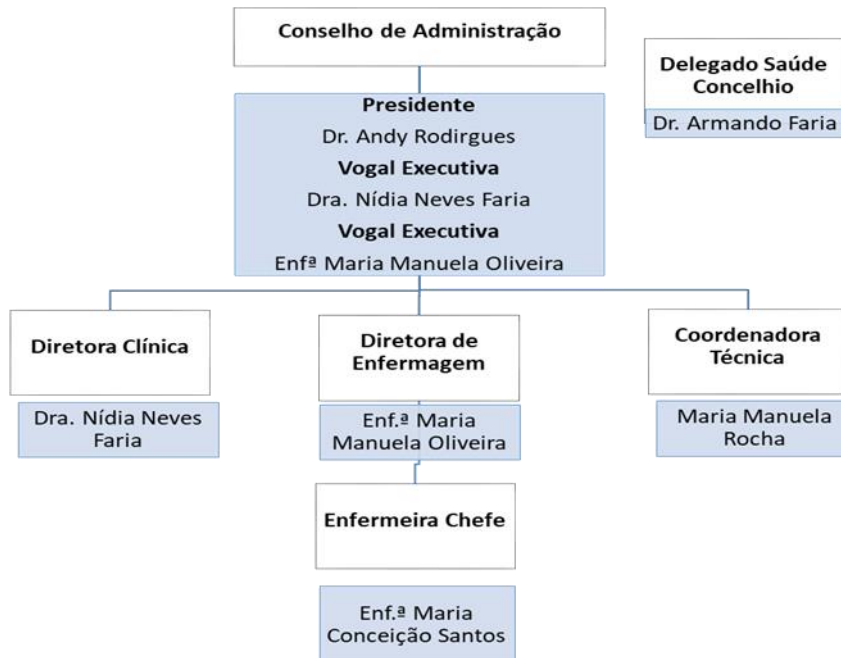
- a. Consultas: complementar e programada; cessação tabágica; diabetes; hipertensão; nutrição; planeamento familiar; saúde do adulto; saúde escolar; saúde infantojuvenil; saúde materna; saúde da mulher; viajante.
- b. Outros serviços clínicos: cuidados de enfermagem e vacinação, psicologia; terapia da fala, medicina dentária. Meios Complementares de Diagnóstico: eletrocardiogramas e espirometrias; raio X convencional.
- c. Serviços nos domicílios: cuidados de saúde (médicos, de enfermagem e de outros técnicos) e apoio técnico.


- d. Outros serviços e apoio a grupos vulneráveis: Intervenção Precoce; Serviço Social; Gabinete do Utente; Deslocação de Doentes; Reembolsos de despesas médicas; Equipa de Gestão de Altas; Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados; Atribuição de Produtos de Apoio, Comissão de Dissuasão à Toxicodependência, Grupo de Apoio aos Cuidadores Informais, e Comissão de Dissuasão à Toxicodependência da Horta.

ESTRUTURA ORGÂNICA

A estrutura orgânica da USIFaial é composta por um Conselho de Administração, um Conselho Consultivo e um Conselho Técnico.

Organograma nominativo dos Dirigentes e Chefias Intermédias



	RELATÓRIO INTERCALAR DE EXECUÇÃO PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	Referência do documento:		
		Serv	N.º	Rev
		01	27	06

O serviço de prestação de cuidados de saúde integra quatro “Unidades Funcionais” - unidade de saúde familiar e comunitária, unidade de saúde pública, unidade de diagnóstico e tratamento e unidade básica de urgência - embora à data apenas se encontrem em efetivo funcionamento a unidade de saúde familiar e comunitária e a unidade de diagnóstico e tratamento.

A área administrativa integra duas secções – secção de pessoal, expediente e arquivo, e secção de contabilidade, património e aprovisionamento.

-Secção de pessoal, expediente e arquivo;


Compete à Secção de Pessoal, Expediente e Arquivo (art.º 32 do DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro):

- Executar as operações administrativas relacionadas com o recrutamento, gestão corrente e mobilidade do pessoal
- Organizar e manter atualizado o cadastro e o registo biográfico do pessoal;
- Assegurar a receção e expedição da correspondência e documentação;
- Marcar consultas e exames complementares de diagnóstico;
- Prestar apoio administrativo às unidades funcionais;
- Organizar e manter o arquivo geral da USIFaial;
- Emitir certidões;
- Organizar o trabalho dos motoristas e do pessoal auxiliar;
- Efetuar as operações de controlo da assiduidade e pontualidade do pessoal.

- Secção de contabilidade, património e aprovisionamento.

Compete à Secção de Contabilidade, Património e Aprovisionamento (art.º 33 do DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro):

- Elaborar a proposta de orçamento da USIFaial e organizar o projeto de orçamento, de acordo com as propostas dos serviços;
- Processar as remunerações devidas ao pessoal;
- Processar as despesas com aquisição de bens e serviços e encargos diversos;
- Controlar as contas correntes relativas a fornecedores e quaisquer outras entidades;
- Pagar reembolsos e participações aos utentes;
- Assegurar as operações contabilísticas;
- Propor alterações orçamentais e transferências de verbas, de acordo com a execução efetuada e a evolução verificada nas despesas;
- Executar as operações administrativas relacionadas com a aquisição de bens e serviços e com a alienação de quaisquer bens;

	RELATÓRIO INTERCALAR DE EXECUÇÃO PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	Referência do documento:		
		Serv	N.º	Rev
		01	27	06

- Emitir certidões;
- Promover, acompanhar e verificar as atividades de segurança, limpeza, manutenção e reparação das instalações e equipamentos;
- Administrar o parque automóvel;
- Organizar e manter atualizado o cadastro dos bens móveis e imóveis.

Internamente foram nomeados pelo Conselho de Administração responsáveis de área /equipa a quem são atribuídas as seguintes funções:

- Elaboração de planos e relatórios de atividades;
- Propor objetivos para o serviço/área;
- Coordenação diária das atividades e profissionais sob a sua responsabilidade e correção dos desvios detetados;
- Apoiar o superior hierárquico no planeamento das férias, escalas de serviço, intersubstituições e emissões de parecer para frequência de formação (entre outros);
- Preparar as reuniões com as equipas e com o superior hierárquico;
- Garantir o cumprimento da legislação, dos procedimentos e normas do serviço/ área em particular, e da USIFaial, em geral;
- Colaborar com os dirigentes na avaliação de desempenho;
- Contribuir para a melhoria contínua dos seus serviços.

Na USIFaial existe um organigrama nominal e funcional, ambos publicitados aos trabalhadores na página da Intranet.

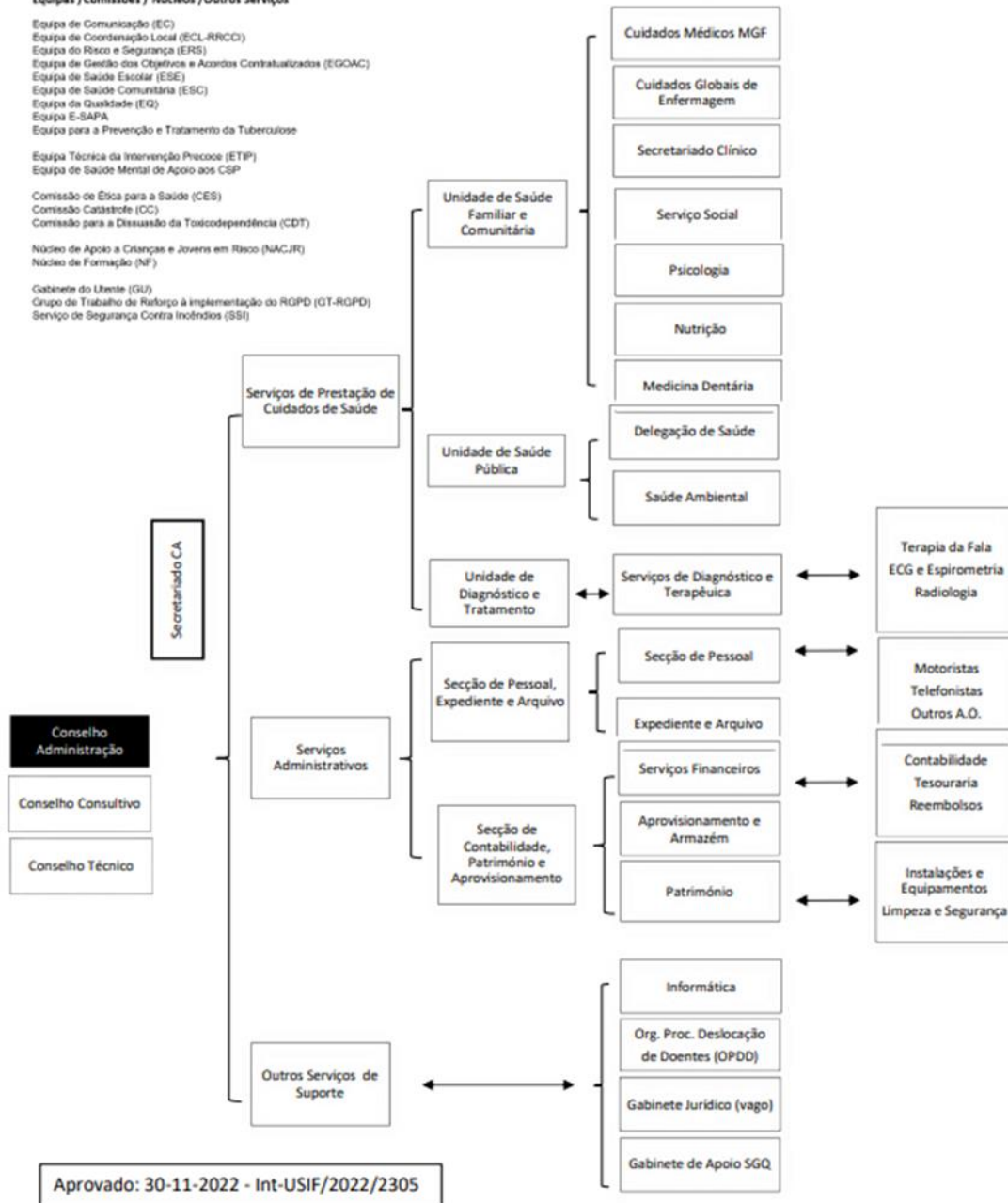
RELATÓRIO INTERCALAR DE EXECUÇÃO PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS


Referência do documento:

Serv	N.º	Rev
01	27	06

Equipas /Comissões / Núcleos /Outros Serviços

- Equipa de Comunicação (EC)
- Equipa de Coordenação Local (ECL-RNCC)
- Equipa do Risco e Segurança (ERS)
- Equipa de Gestão dos Objetivos e Acordos Contratualizados (EGOAC)
- Equipa de Saúde Escolar (ESE)
- Equipa de Saúde Comunitária (ESG)
- Equipa de Qualidade (EQ)
- Equipa E-SAPA
- Equipa para a Prevenção e Tratamento da Tuberculose
- Equipa Técnica da Intervenção Precoce (ETIP)
- Equipa de Saúde Mental de Apoio aos CSP
- Comissão de Ética para a Saúde (CES)
- Comissão Catastrófe (CC)
- Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT)
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)
- Núcleo de Formação (NF)
- Gabinete do Utente (GU)
- Grupo de Trabalho de Reforço à implementação do ROPD (GT-ROPD)
- Serviço de Segurança Contra Incêndios (SSI)




	RELATÓRIO INTERCALAR DE EXECUÇÃO PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	Referência do documento:		
		Serv	N.º	Rev
		01	27	06

Para além dos serviços acima referidos, existem serviços de apoio técnico, nomeadamente o Gabinete Jurídico, o Gabinete da Gestão da Qualidade e o Núcleo de Formação e ainda equipa transversais que apoiam o Conselho de Administração em diversas áreas (ex: Equipa do Risco e da Segurança, Equipa Gestora dos Objetivos e Acordos Contratualizados, Equipa de Comunicação, etc.).


Os principais diplomas legais que influenciam o funcionamento da USIFaial são:

- Estatuto do Serviço Regional de Saúde: Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho com a redação que lhe foi dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro e alterações posteriores dadas pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A e pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2020/A, de 22 de janeiro.
- Orgânica e quadro de pessoal da Unidade de Saúde da Ilha do Faial: Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A de 28 de janeiro de 2011.
- Regulamento Interno de Horários. Despacho n.º 1437/2012 de 18 de outubro de 2012.
 - 07/2021.

	RELATÓRIO INTERCALAR DE EXECUÇÃO PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	Referência do documento:		
		Serv	N.º	Rev
		01	27	06

III. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS ASSOCIADAS A RISCOS ELEVADOS


Na avaliação do estado de implementação de cada medida importa, essencialmente, analisar se as iniciativas/ações previstas para os riscos elevados foram implementadas. A avaliação do desenvolvimento das ações preventivas foi efetuada com o contributo das chefias/dos responsáveis das áreas em que tinham sido identificados os riscos com esse nível de gravidade. A tabela que se segue é o resultado da avaliação e contributos fornecidos por estes.

	RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	Referência do Documento		
		Serv.	N.º	Rev.
		01	27	06

Responsabilidade – Presidente do CA (contributo a 23-10-2023)

QUESTIONÁRIO

Avaliação Intercalar de Execução - Outubro 2023								
Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Sim	Não	Justificação de não execução (Preenchimento obrigatório sempre que a resposta for negativa)
Não envolvimento dos serviços de instalações e equipamentos na aquisição dos materiais e equipamentos a adquirir, nomeadamente os que dizem respeito à área clínica e que necessitem manutenção preventiva e corretiva.	Elevado 3	Evitar/Transferir	1-Rubrica do responsável em todos os pedidos do SIE; 2-Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Presidente do CA, Responsável do Aprovisionamento e Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos	Sim		
Incumprimento objetivos organizacionais - Inexistência de colaboradores e inadequação das atribuições do Gabinete Jurídico/recursos humanos disponíveis.	Elevado 3	Evitar/Transferir	Solicitação de colaborador (técnico superior) para substituição nas ausências do único elemento do serviço, permitir a segregação de funções, delegação e validação de procedimentos bem como a exequibilidade dos objetivos propostos.	Conselho de Administração/Gabinete Jurídico	Presidente do CA	Sim, jurista em prestação de serviços.		
Jurídico - Dilatação das respostas.	Elevado 3	Evitar/Transferir	Solicitação de colaborador (técnico superior/assistente técnico).	Conselho de Administração/Gabinete Jurídico	Presidente do CA	Sim, jurista em prestação de serviços.		
Ausência de um Técnico Superior área jurídica.	Elevado 3	Evitar/Transferir	Contratação de um Técnico Superior Área Jurídica	Conselho de Administração Gabinete Jurídico	Presidente do CA	Sim		

	RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	Referência do Documento		
		Serv.	N.º	Rev.
		01	27	06

Responsabilidade – Vogal Executivo/ Diretora de Enfermagem (03-10-2023)


							Avaliação Intercalar de Execução - Outubro 2023			
	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Sim	Não	Justificação de não execução (Preenchimento obrigatório sempre que a resposta for negativa)	
Informação clínica	Existência de atos clínicos não registados, nomeadamente a execução do ato sem reflexo administrativo e/ou registo informático, bem como atos registados incorretamente e/ou em períodos incorretos.	Elevado 3	Evitar/Transferir	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Prestação de Cuidados de Saúde	Responsável do Secretariado Clínico, Diretora Clínica e Diretora de		X	Não aplicável porque não houve notificações de incidentes desta natureza na área de enfermagem. Sugiro monitorização quadrimestral.	

Responsabilidade – Vogal Executivo/ Diretora Clínica (17-10-2023)

							Avaliação Intercalar de Execução - Outubro 2023			
	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Sim	Não	Justificação de não execução (Preenchimento obrigatório sempre que a resposta for negativa)	
Informação clínica	Existência de atos clínicos não registados, nomeadamente a execução do ato sem reflexo administrativo e/ou registo informático, bem como atos registados incorretamente e/ou em períodos incorretos.	Elevado 3	Evitar/Transferir	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Prestação de Cuidados de Saúde	Responsável do Secretariado Clínico, Diretora Clínica e Diretora de	Sim			

Responsabilidade – Secretariado Clínico (26-09-2023)

							Avaliação Intercalar de Execução - Outubro 2023			
	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Sim	Não	Justificação de não execução (Preenchimento obrigatório sempre que a resposta for negativa)	
Informação clínica	Existência de atos clínicos não registados, nomeadamente a execução do ato sem reflexo administrativo e/ou registo informático, bem como atos registados incorretamente e/ou em períodos incorretos.	Elevado 3	Evitar/Transferir	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Prestação de Cuidados de Saúde	Responsável do Secretariado Clínico, Diretora Clínica e Diretora de	Sim			

	RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	Referência do Documento		
		Serv.	N.º	Rev.
		01	27	06

Responsabilidade – Serviços Financeiros (18-10-2023)

Avaliação Intercalar de Execução - Outubro 2023									
	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Sim	Não	Justificação de não execução (Preenchimento obrigatório sempre que a resposta for negativa)
Controlo Interno	Falta de acompanhamento periódico e apoio dos serviços por parte da Responsável pelo Sistema de Controlo Interno.	Elevado 3	Evitar/Transferir	Acompanhamento e atualização dos normativos e implementação das ações conforme descrito no Sistema de Controlo Interno da unidade e sua revisão de 3 em 3 anos.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	X		
Controlo Interno	Ao nível do Controlo Interno falta de acompanhamento periódico dos Serviços, por parte da Responsável pelo Sistema de Controlo Interno.	Elevado 3	Evitar/Transferir	1- Atualização de procedimentos internos (e.g. procedimentos técnicos, manual de procedimentos) sempre que tal se mostre necessário. 2- Revisão dos procedimentos e sua implementação de 3 em 3 anos. 3- Monitorização periódica do cumprimento dos procedimentos.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros		X	Os pontos 1 e 2 são cumpridos, no entanto, o ponto 3, ou seja, a monitorização periódica do cumprimento dos procedimentos só agora é que se está a testar a monitorização.

Responsabilidade – Serviço de Aprovisionamento (13-10-2023)

Avaliação Intercalar de Execução - Outubro 2023									
	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Sim	Não	Justificação de não execução (Preenchimento obrigatório sempre que a resposta for negativa)
Aquisição de equipamentos	Não envolvimento dos serviços de instalações e equipamentos na aquisição dos materiais e equipamentos a adquirir, nomeadamente os que dizem respeito à área clínica e que necessitem manutenção preventiva e corretiva.	Elevado 3	Evitar/Transferir	1-Rubrica do responsável em todos os pedidos do SIE; 2-Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Presidente do CA, Responsável do Aprovisionamento e Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos		não	1 - a rubrica nos pedidos, quando por escrito, estão sempre implícitas. 2 - O código do CCP, não prevê nem obriga ao envolvimento do SIE em qualquer aquisição de escolha de equipamentos ou serviços de manutenção. O juri do procedimento ou Serviço, pode pedir parecer técnico externo ou "opinião", contudo não é vinculativa (obrigatória).

	RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	Referência do Documento		
		Serv.	N.º	Rev.
		01	27	06

Serviço de Instalações e Equipamentos (13-10-2023)

							Avaliação Intercalar de Execução - Outubro 2023		
	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Avaliação		Justificação de não execução (Preenchimento obrigatório sempre que a resposta for negativa)
							Sim	Não	
Aquisição de equipamentos	Não envolvimento dos serviços de instalações e equipamentos na aquisição dos materiais e equipamentos a adquirir, nomeadamente os que dizem respeito à área clínica e que necessitem manutenção preventiva e corretiva.	Elevado 3	Evitar/Transferir	1-Rubrica do responsável em todos os pedidos do SIE; 2-Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Presidente do CA, Responsável do Aprovisionamento e Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos	Sim		

Responsabilidade – Serviço de Informática (20/10/2023)

							Avaliação Intercalar de Execução - Outubro 2023		
	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Avaliação		Justificação de não execução (Preenchimento obrigatório sempre que a resposta for negativa)
							Sim	Não	
Segurança da Informação	Incapacidade de prevenção e resposta a incidentes informáticos.	Elevado 3	Evitar/Transferir	Aumentar as competências dos Recursos Humanos do Serviço de Informática e contratualizar individualmente a participação em eventos formativos externos.	Informática	Responsável do Serviço de Informática		Não	Parcial. Não fui selecionada para uma formação em que me inscrevi, aguardo seleção para outra. As minhas colegas não se inscreveram em nenhuma formação.

Serv.	N.º	Rev.
01	27	06

IV. CONCLUSÃO

Face aos contributos, a implementação das medidas de prevenção de risco elevado contidas no PPGRIC pode considerar-se, na sua maioria, em implementação. Considerando que a recente atualização se constata uma pequena margem melhoria de modo a garantir a totalidade da sua implementação, trabalho que será efetuado até à avaliação anual do ano 2023.

Horta, 23 de outubro de 2023

P'lo Grupo de Trabalho do PPGRIC

Coordenadora
Gabinete Gestão da Qualidade

Responsável dos Serviços Financeiros

Circuito Interno: Int-USIF/2023/2051