

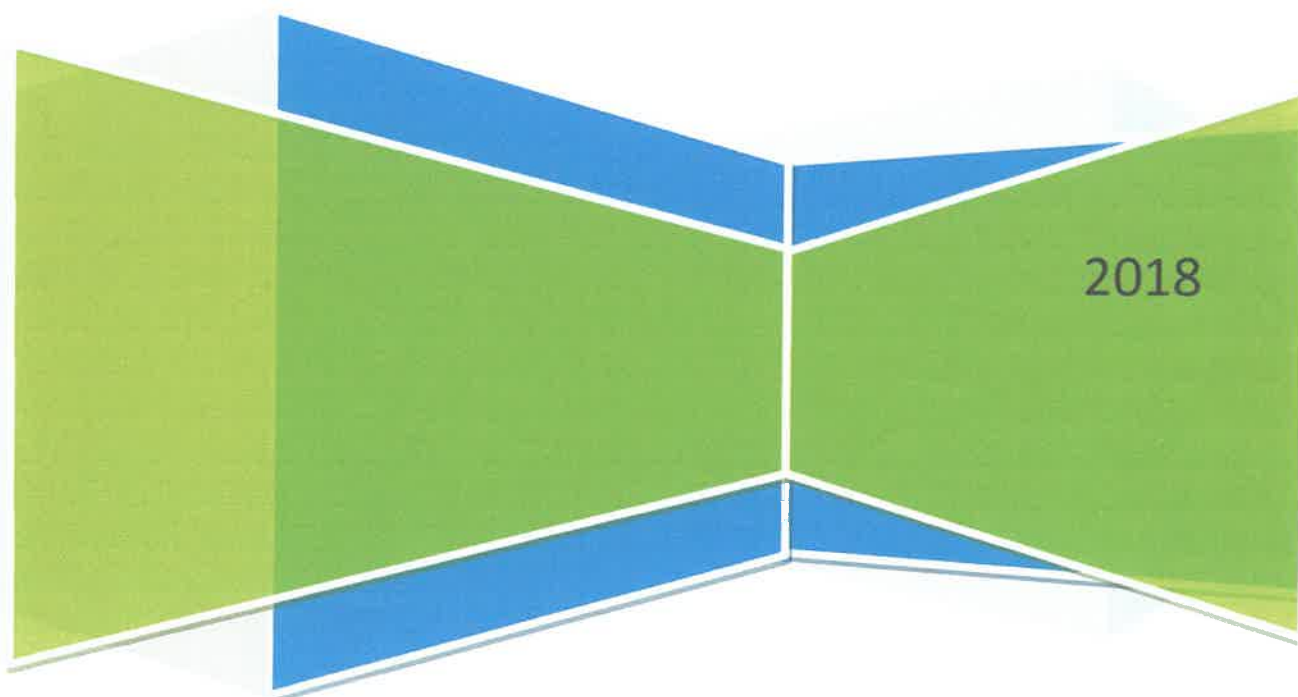
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
DO ALTO MINHO, E.P.E.
Conselho de Administração

Sessão N.º 392 Data 21/06/2018
Deliberação:

Alf
P *S* *823* *6.18*
P *P*

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

Inclui os riscos de corrupção e infracções conexas



PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO (Incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas)

I – Apresentação da Unidade Local do Alto Minho EPE (ULSAM EPE)

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (adiante designada abreviadamente por ULSAM EPE), entidade resultante da integração do Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE, e dos Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro. É constituída por duas Unidades Hospitalares, 12 Centros de Saúde, uma Unidade de Saúde Pública (USP) e duas Unidades de Convalescença.

A ULSAM, EPE é pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro.

A missão da ULSAM, EPE assume um carácter compreensivo que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente até à resposta integrada a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efectividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência.

A ULSAM EPE, tem como objecto principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população em geral, diretamente ou através de entidades externas que com a ULSAM EPE, contratualizem a prestação de cuidados de saúde, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

Tem ainda como objeto o desenvolvimento de actividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

No desenvolvimento da sua atividade, a ULSAM, EPE, e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

- a) Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana;
- b) Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- c) Cultura da excelência técnica e do cuidar;
- d) Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.

São órgãos sociais da ULSAM, EPE, o Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Fiscal Único e o Conselho Consultivo. Na presente data, o Conselho de Administração é constituído pelos seguintes elementos:

Presidente do Conselho Administração

Dr. António Franklim Ribeiro Ramos

Vogais do Conselho Administração

Dr^a. Fátima Cristina Mira da Fonseca

Doutora Maria Cristina Brás Roque

Dr.^a Maria Manuela Mota Duarte

Dr. Rui Pedro Ferreira da Silva Teixeira

Enf.^a Maria do Rosário dos Reis Vieira Rodrigues de Barros

A estrutura organizacional da ULSAM, EPE, é a que a seguir se apresenta:

II- Identificação de Riscos

Os riscos de gestão referem-se genericamente ao modo como as decisões são tomadas, envolvendo a definição de políticas, procedimentos e responsabilidades, enquadrando a forma como são definidas as suas diretrizes e objetivos, coordenadas as pessoas, os processos e as tecnologias, no estrito respeito dos princípios de boa gestão dos recursos públicos, tendo por base a eficiência, eficácia, qualidade, transparência e equidade nas decisões tomadas no estrito cumprimento da regulamentação vigente.

Para efeitos de elaboração do presente Plano, foram considerados os seguintes conceitos:

Risco - corresponde ao facto, acontecimento, situação ou circunstância susceptível de gerar corrupção ou infracção conexa e que pode ser graduado em função da probabilidade de ocorrência e gravidade da sua consequência.

Corrupção - consiste no facto, acontecimento, situação ou circunstância que pressupõe uma relação de vantagem obtida pelo agente público e a realização de um ato que esteja abrangido pelas suas funções e pode ser classificada consoante se trate:

- Corrupção passiva para ato ilícito (artigo 372º do Código Penal)
- Corrupção passiva para ato lícito (artigo 373º do Código Penal)
- Corrupção ativa (artigo 374º do Código Penal)

Infrações conexas – consiste num comportamento igualmente prejudicial na relação entre o agente público e o bom funcionamento das instituições públicas e que tem como objetivo a obtenção de vantagem ou compensação do primeiro.

- Tráfico de influência (artigo 335º do Código Penal)
- Peculato (artigo 375º do Código Penal)
- Peculato de uso (artigo 376º do Código Penal)
- Participação económica em negócio (artigo 377º do Código Penal)
- Concussão (artigo 379º do Código Penal)
- Abuso de poder (artigo 382º do Código Penal)
- Violação de segredo por funcionário (artigo 383º do Código Penal)

Numa outra vertente de risco identificada, o conflito de interesses foi alvo de Recomendação do CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção - que, em 07 de novembro de 2012, estabeleceu que todas as entidades com natureza pública, ainda que constituídas sob a forma de direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses.

De acordo com a Recomendação do CPC, o “conflito de interesses no setor público pode ser definido como qualquer situação em que um agente público tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza que possam afetar, ou em que possam estar em causa interesses particulares, seus ou de terceiros, e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas”.

Com o objetivo de melhor adequar o planeamento na adoção de medidas corretivas face a uma hierarquia de risco (riscos mais críticos exigirão maior atenção), procedeu-se à caracterização dos riscos identificados por probabilidade de ocorrência, impacto e classificação global do risco, de acordo com a tabela seguinte:

| | | Impacto | | |
|---------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | | BAIXO [1] | MÉDIO [2] | ALTO [3] |
| Probabilidade | ALTA [3] | 4 | 5 | 6 |
| | MÉDIA [2] | 3 | 4 | 5 |
| | BAIXA [1] | 2 | 3 | 4 |

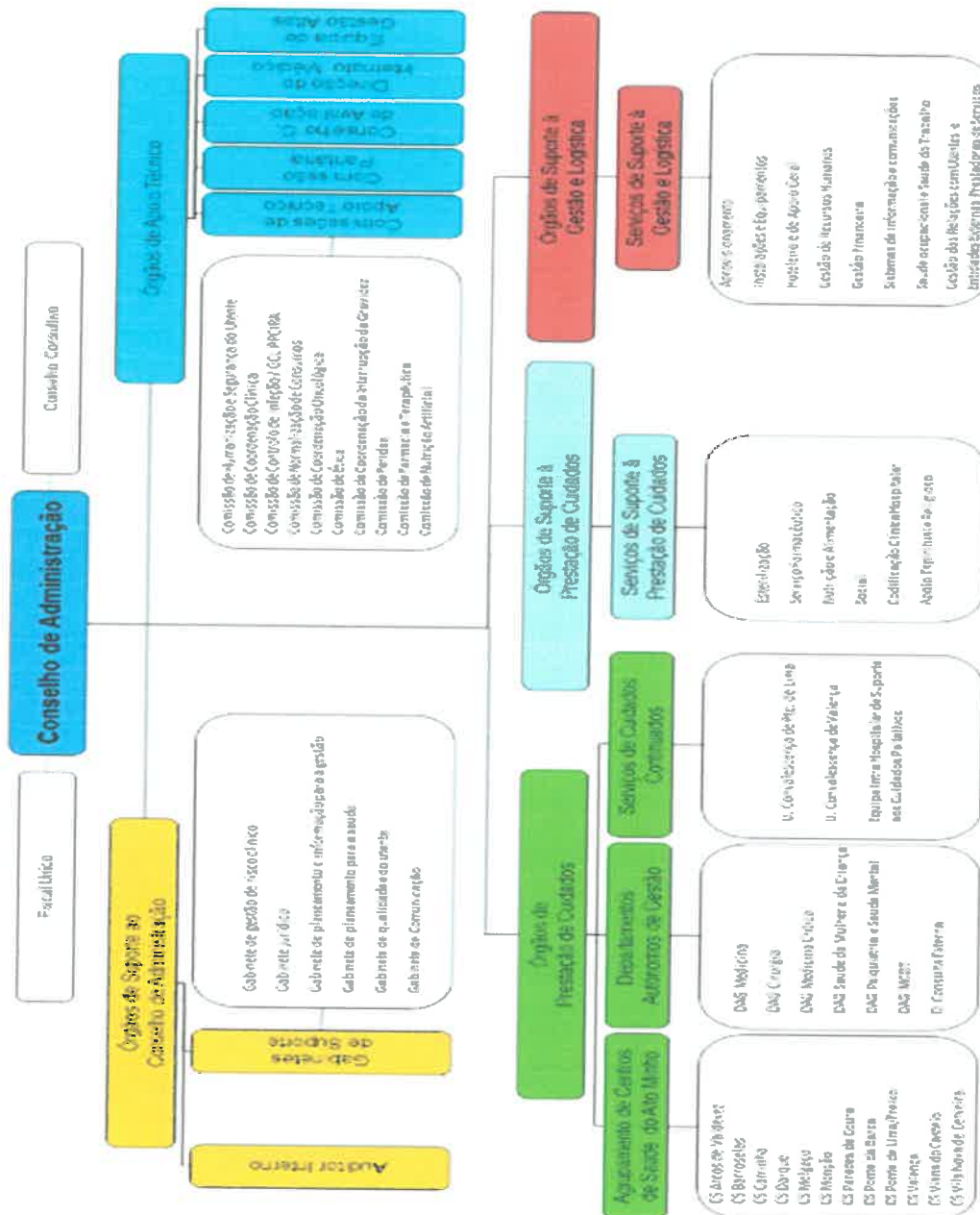
Legenda: 2-3 - BAIXO risco | 4 - MEDIO risco | 5-6 - ALTO risco

Tendo em consideração os objectivos da ULSAM EPE, a eficácia e a eficiência das operações, a fiabilidade da informação em conformidade com a legislação aplicável, as principais áreas de risco identificadas são as infra referidas:

- a) **Compras** (Serviço de Aprovisionamento – responsável Dr. Francisco Moura);
- b) **Gestão de existências** (Serviço de Aprovisionamento – responsável Dr. Francisco Moura, Serviço de Instalações e Equipamentos - responsável Eng.º António Vieira, Serviços Farmacêuticos – responsável Dr.ª Rui Pires, Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde do Trabalho – Dr.ª Maria da Conceição Morgado Gonçalves Ribeiro Viana Barbosa, Serviço Hoteleiro e Apoio Geral- Dr. Bruno Fernandes;
- c) **Gestão de imobilizado** (Serviço de Aprovisionamento – responsável Dr. Francisco Moura, Serviço de Instalações e Equipamentos - responsável Eng.º António Vieira, Serviço Hoteleiro e Apoio Geral - Dr. Bruno Fernandes);
- d) **Gestão de contas a pagar, Gestão de Tesouraria** (Serviço de Gestão Financeira – responsável Dr.ª Cristina Coutinho);
- e) **Gestão de Recursos Humanos** (Serviço de Recursos Humanos – responsável Sr. Amadeu Antas)
- f) **Sistemas de Informação** (Serviço de Sistemas de Informação e Comunicação – responsável Dr.ª Lucia Cerqueira)
- g) **Produção** (Serviço de Gestão das relações com utentes e entidades externas prestadoras de serviços – Responsavel Dr.ª Ana Isabel Cristino)
- h) **Produção** (ACES – responsáveis os coordenadores das USF e UCSP, e DAGs de prestação de cuidados – responsáveis os diretores dos serviços);

III – Matrizes de Riscos - Medidas Preventivas e de Controlo

As medidas preventivas a adotar encontram-se elencadas nos quadros infra, apresentados por cada um dos serviços e foram estabelecidas em função do grau de risco de corrupção e infração conexa, com o objetivo de prevenir ou mesmo eliminar, promovendo a existência de relações mais transparentes.



| Departamento Consulta Externa | | | | | | | |
|--|---|---------------|---------|---------------|---|--|--------------|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | | Responsáveis |
| | | | | | Medidas Preventivas | | |
| Agendamento de consultas | Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento na gestão de listas de espera. | 1 | 1 | 2 | Realização de auditorias internas aleatórias e regulares à lista de espera. | | DCE |
| Atendimento administrativo | Possibilidade de Roubos/Assalto/Agressões nos postos de Atendimento Administrativo. | 3 | 3 | 6 | Colocação de um botão de emergência no blação administrativo. | | SIE |
| Acesso/Circulação de utentes/profissionais | Entrada de pessoas (utentes e funcionários) que não pertencem ao posto de trabalho da retaguarda da Consulta Externa (Risco de roubo, agressão e manipulação dos materiais e documentos). | 3 | 3 | 6 | Restrição da entrada, através do bloqueio da porta de acesso à retaguarda da Consulta Externa. | | SIE |
| Informação de identificação do utente | Atribuição indevida de isenções para favorecimento do utente ou outros. | 3 | 3 | 6 | Auditorias aleatórias e regulares aos registos | | DCE |
| Cobrança da Taxas Moderadoras | Possibilidade de Roubos/Assalto uma vez que é utilizada uma caixa plástica para guardar os valores monetários das cobranças diárias das taxas moderadoras. | 3 | 3 | | O computador deveria ter integrado um sistema de caixa registadora com abertura aquando a indicação de pagamento "P" no SONHO | | SGSIC |

| Serviço Farmacêutico | | | | | | | | |
|---|---|---------------|---------|---------------|--|----------------|--|------------------|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | | Responsáveis | |
| | | | | | Medidas Preventivas | | | |
| Dispensa de medicamentos em ambulatório | Conluio entre utentes e colaboradores na dispensa em ambulatório de medicamentos relativamente à quantidade, débito e valor correspondente. | 1 | 3 | 4 | Registo de existências/saídas | controlo entre | Dra. Sandra Novo / Dra. La Saete Guerreiro | Em Implementação |
| Distribuição de medicamentos | Diferença nos stoks, entre o informaticamente registado e as existências em armazém. | 3 | 2 | 5 | Verificação mensal, no sistema informático e existências reais em armazém. Registo de saídas por leitura óptica com utilização de PDA. | | T.D.T. Coordenadora Suzete Oliveira | Em Implementação |

| Departamento da Mulher e da Criança | | Departamento da Mulher e da Criança | | | | | Responsáveis | Implementação SIM/NÃO |
|--|---|-------------------------------------|---------|---------------|--|---------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | Medidas Preventivas | | |
| Registo Informático das propostas cirúrgicas | Alteração da prioridade clínica de doentes em LIC por um Assistente Técnico (Especialidade de Ginecologia) | 1 | 3 | 4 | Avaliação aleatória das alterações de prioridade clínica na LIC, através dos dados extraídos do SIGLIC pela UCGIC (Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia), aquando da avaliação periódica dos Indicadores do Hospital | | Gestora de Departamento e UHGIC | SIM |
| Preenchimento do MOD. 0630.3 ULSAM | Emissão indevida de Termo de Responsabilidade de Transportes Não Urgentes a utentes com alta do internamento, face ao normativo legal aplicável | 2 | 2 | 4 | Avaliação aleatória de TR Transportes Não Urgentes emitidos a doentes sem insuficiência económica (com base na informação constante no SONHO) | | Gestora de Departamento | SIM |

| Departamento de MCDT's | | | | | | | |
|---|--|---------------|---------|---------------|---|--|------------------------|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | | Responsável |
| | | | | | Medidas Preventivas | | |
| Preenchimento do MOD. 0630.3 ULSAM | Emissão indevida de Transportes Não Urgentes a utentes a tratamento fisiatrico, face ao normativo legal aplicável (insuficiência económica e condição clínica justificativa). | 2 | 2 | 4 | Avaliação aleatória de TR Transportes Não Urgentes emitidos a doentes sem insuficiência económica (com base na informação constante no SONHO) | | Gestor do Departamento |
| Atribuição de transporte para realização de exames de Reessonância Magnética, ao exterior | Como resultado da inexistência de capacidade técnica para responder a esta tipologia de exames, os utentes tem de se deslocar ao exterior. A responsabilidade financeira para deslocação ao exterior, neste caso, é da ULSAM. Contudo, muitos utentes solicitam para levar acompanhante, o que implicaria mais um custo adicional, situação não contemplada. | 1 | 1 | 2 | Auditorias aleatórias aos registos de transporte | | Gestor do Departamento |
| Informação de identificação do utente | Atribuição indevida de isenções para favorecimento do utente e outros | 2 | 2 | 4 | Auditorias aleatórias aos registos | | Gestor do Departamento |

| Departamento de Cirurgia | | | | | | | | |
|--|---|---------------|---------|---------------|-------------------|--|---------------------------------|-----|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | | Implementação o SIM/NÃO | |
| | | | | | Responsáveis | Medidas Preventivas | | |
| Registo informático das propostas cirúrgicas | Alteração da prioridade clínica de doentes em LIC por um Assistente Técnico | 1 | 3 | 4 | | Avaliação aleatória das alterações de prioridade clínica na LIC, através dos dados extraídos do SIGLIC pela UCGIC (Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia), aquando da avaliação periódica dos Indicadores do Hospital | Gestora de Departamento e UHGIC | SIM |
| Preenchimento do MOD. 0630.3 ULSAM | Emissão indevida de Termo de Responsabilidade de Transportes Não Urgentes a utentes com alta do internamento, face ao normativo legal aplicável | 2 | 2 | 4 | | Avaliação aleatória de TR Transportes Não Urgentes emitidos a doentes sem insuficiência económica (com base na informação constante no SONHO) | Gestora de Departamento | SIM |

| Serviço de Gestão de Relações com Utentes e Entidades Externas Prestadoras de Serviços | | | | | | | |
|--|---|---------------|---------|---------------|--|--|-------------------------|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | | Responsável |
| | | | | | Medidas Preventivas | | |
| Admissão doentes | de Admissão de doentes com informação incorreta ou insuficiente (isenções, identificação, morada e NIF) | 3 | 2 | 5 | Ligação da atividade de admissão à cobrança, aferindo se a causa da não cobrança de taxa moderadora está na deficiente recolha/atualização dos dados dos utentes | | Responsável do SGRUEEPS |
| Isenções | Registo correto das isenções | 2 | 3 | 5 | Análise periódica por amostragem das isenções atribuídas. | | Responsável do SGRUEEPS |
| Transportes | Existência de requisições de transporte sem aplicação do normativo legal aplicável. | 2 | 2 | 4 | Conferência das requisições de transporte (SGTD e SONHO) e verificar se reúnem as condições de acesso ao transporte de doentes | | Responsável do SGRUEEPS |

| Departamento/Serviço/Área | | Serviço de Instalações e Equipamentos | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------|---------------|---|--|--------------|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | | Responsáveis |
| | | | | | Medidas Preventivas | | |
| Manutenção & Reparações | Preferência de determinados prestadores de serviço em detrimento de outros | 2 | 2 | 4 | Continuar a garantir a rotatividade dos prestadores de serviços que asseguram as manutenções e reparações pontuais de modo a garantir o normal funcionamento da instituição e o interesse público, com base no CCP. | | |
| Manutenções | Não cumprimento dos contratos de manutenção e assistência técnica por parte das empresas | 1 | 3 | 4 | Continuar a controlar as folhas de obra e relatórios de execução da prestação dos serviços, conforme contratualizado. Verificação periódica do ponto de situação, relativamente aos contratos. | | |
| Gestão de Imobilizado/Gestão de Equipamentos | Ativos desviados por terceiros ou colaboradores | 2 | 2 | 4 | Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda, através de remissão das respetivas folhas de carga. Controlo trimestral dos equipamentos afetos a alguns centros de custo, aleatoriamente selecionados. Garantir a etiquetagem de todos os bens de forma duradoura. | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Departamento/Serviço/Área | | Serviço de Saúde Ocupacional e Saúde no Trabalho | | | | |
|---------------------------|--|--|---------|---------------|--|--------------|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | Responsáveis |
| | | | | | | |
| Medicina do Trabalho | Deficiente registo da assiduidade dos colaboradores do Serviço | 1 | 1 | 2 | Controle regular do registo biométrico. | Direção |
| | | 1 | 1 | 2 | Monitorização da assiduidade, formações e ausências programadas. | |
| Medicina do Trabalho | Acesso indevido, por outrém, ao software específico da Saúde Ocupacional | 1 | 3 | 4 | Emissão de passwords personalizadas por categoria profissional dos colaboradores | Direção |
| | | 1 | 3 | 4 | Impedimento de divulgação das respetivas senhas | |

| Serviço de Informação e Comunicação | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------|---------|---------------|--|--------------|
| Departamento/Serviço/Área | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | Responsáveis |
| Atividades | | | | | Medidas Preventivas | |
| Utilização de e-mail | Utilização do e-mail sem respeitar as boas práticas, uso indevido de recursos de e-mail pode originar problemas de segurança diversos à ULSAM. | Alta | Alto | Elevado | Comunicação das boas práticas aos utilizadores da ULSAM, distribuição de newsletters, comunicação de alertas através do screen saver e formação através de plataforma de e-learning. | SGSIC |
| Utilização da Internet | Problemas com acessos indevidos à internet, seguindo más práticas. | Média | Médio | Moderado | Fornecer informação regular sobre as boas práticas de acesso à internet, enviar para todos os utilizadores os procedimentos instituídos pelo SGSIC. | SGSIC |
| Acesso aos sistemas | Má utilização das passwords | Alta | Alto | Elevado | Enviar para todos os utilizadores da ULSAM os procedimentos instituídos pelo SGSIC, para a boa utilização e gestão das passwords. | SGSIC |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ACES Alto Minho - Plano Prevenção Riscos e Infrações Conexas - 2018

| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | | Responsáveis |
|-------------------------------|---|---------------|---------|---------------|--|--|--|
| | | | | | Medidas Preventivas | | |
| Cobrança de taxas moderadoras | Atribuição indevida de dispensa de pagamento de taxas moderadoras nas Unidades Funcionais do ACES | 1 | 1 | 2 | Assegurar a divulgação dos diplomas legais, circulares ou outros relacionados com a dispensa de pagamento de taxa moderadora. | | gestora do DACES |
| | | | | | Análise da atribuição de dispensa de pagamento de taxa moderadora com respetivo documento de dispensa, nas UF do ACES, feita aleatoriamente. | | Áreas administrativas de cada Unidade Funcional. |

| Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------|---------|---------------|---|--|---------------|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | | Responsáveis |
| | | | | | Medidas Preventivas | | |
| Gestão de Existências e Imobilizado | Acesso indevido às instalações e desvio de existências | 2 | 2 | 4 | Reforço do sistema de vigilância e reorganização da gestão de acessos | | SHAG,SGSIC,AP |
| Higiene e Limpeza | Riscos Vários associados ao controlo de infeção, consumos, monitorizado em termos de horas e níveis de serviço e faturação | 2 | 1 | 3 | Controlo de níveis de serviço através de auditorias internas | | SHAG |
| Manutenção de Viaturas | Risco associado ao não controlo das manutenções das viaturas bem como da faturação associada | 2 | 1 | 3 | Alteração dos procedimentos de validação de reparações associadas a cada viatura, centralizando informação | | SHAG |
| Gestão de Resíduos | Risco associado ao não controlo da gestão de resíduos e respetiva faturação | 2 | 1 | 3 | Implementação de controlo dos contentores de resíduos através de RFID | | SHAG |
| Gestão de Roupa Hospitalar | Risco associado ao não controlo da gestão de roupa e respetiva faturação | 2 | 1 | 3 | Implementação de sistema de controlo de níveis nos serviços e inclusão de penalidades contratuais ao prestador, relativos a incumprimentos. | | SHAG |

| Departamento/Serviço/Área | | Aprovisionamento | | | | Responsáveis |
|---------------------------------------|---|------------------|---------|---------------|---|--------------|
| Atividades | Fator potencial de risco | Probabilidade | Impacto | Classificação | Resposta ao Risco | |
| | | | | | Medidas Preventivas | |
| Elaboração dos Processos de Aquisição | Desconhecimento sobre a nova legislação | 3 | 3 | 6 | Alteração ao CCP e seus impactos - acções de formação | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

IV – Monitorização, avaliação e actualização do Plano

Como nota deve constar deste plano que o mesmo foi desenvolvido pelo Gabinete Jurídico, uma vez que a ULSAM, EPE tem vago o Lugar de Auditor Interno desde janeiro de 2018.

Assim, transitoriamente o Gabinete jurídico assume a coordenação da elaboração do plano e respetiva monitorização.

Para que o Plano cumpra a sua função torna-se necessário o seu acompanhamento de forma dinâmica e a supervisão constante das atividades desenvolvidas na ULSAM.

Assim, os dirigentes dos vários Serviços desempenham um papel fundamental na prevenção e na deteção da corrupção, cabendo-lhes sobretudo supervisionar ativamente os seus colaboradores.

Uma gestão de riscos eficaz necessita de uma estrutura de comunicação e revisão que assegure que os riscos são identificados e avaliados de forma eficaz e que os controlos e respostas adequados são implementados.

Como instrumento de Gestão, o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas será objeto de acompanhamento periódico. Neste sentido, ora se institui que, com periodicidade semestral, os diretores dos serviços com áreas de risco identificados neste plano, serão responsáveis por efectuar o ponto da situação da implementação das medidas preventivas, remetendo essa informação ao Auditor Interno ou na sua ausência ao Gabinete Jurídico, que acompanhará a execução do Plano.

No final do ano o Auditor Interno, ou na sua ausência, o Diretor do Gabinete Jurídico, elaborará, também, um relatório da execução anual do Plano, que apresentará ao Conselho de Administração para ser remetido às entidades competentes.

Sempre que surjam novos riscos que, pela sua importância ou impacto na organização, impliquem uma revisão e/ou actualização deste Plano, deverão os mesmos ser comunicados superiormente, possibilitando que sejam tomadas as medias necessárias.

O Plano actualizado, depois de aprovado, deverá ser remetido às entidades referidas no ponto 1.2. da Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de julho de 2009, e disponibilizado *online* no site da ULSAM.