



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA

Relatório Anual de Atividades de Auditoria Interna (RAINT) nº 4/2024

DA AUDITORIA

Modalidade: auditoria integral da gestão institucional.

Ato originário: OFÍCIO 42/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA

Objeto da auditoria: Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe

Período abrangido pela auditoria: 01/01/2019 a 31/12/2023

Composição da equipe:

Fabio de Medeiros Marcon - Mat. CFMV nº 531059

Felipe Moreira Silva - Mat. CFMV nº 521032

Janaína Lobão Sampaio Calheiros - Mat. CFMV nº 111347

Lucas de Souza Dias - Mat. CFMV nº 111621

Luciana Morcelles dos Santos - Mat. CFMV nº 111226

Designação da equipe de auditoria: PORTARIA 191/2024 - PR/DE/CFMV/SISTEMA

Responsáveis pelo órgão auditado:

GESTÃO 2022/2025

Posse 09/05/2022

Presidente: Eduardo Luiz Cavalcanti Caldas

Vice-Presidente: Carlos Alberto Palmeira Sarmento

Secretário-Geral: Urias Fagner Santos Nascimento

Tesoureiro(a): Joacir Souza Santos

Conselheiros Efetivos

Cicero Estrella Farias

Emerson Israel Mendes

Hunaldo Oliveira Silva

Jodnes Sobreira Vieira

Rodrigo Pereira de Azevedo

Wilde Nascimento Brito

Conselheiros Suplentes

Allana Daniele Souza Costa
Ariane Matos Pierot
João Carlos Nunes de Souza
Marise Stela Paes de Azevedo
Priscila Moura Santa Barbara
Priscilla Silva Farias

GESTÃO 2019-2022

Posse 06/05/2019

Presidente: Eduardo Luiz Cavalcanti Caldas

Vice-Presidente Carlos Alberto Palmeira Sarmento

Secretário-Geral Diomar Claudio dos Santos Sobrinho

Tesoureiro(a) Joacir Souza Santos

Conselheiros Efetivos

Alceu Dantas Diniz
Cristiano Luis Braga Paes Barreto
Jociery Einhardt Vergara Parente
Jodnes Sobreira Vieira
Rafael Dantas dos Santos
Urias Fagner Santos Nascimento

Conselheiros Suplentes

Amanda de Lucena Pedral
Cicero Estrella Farias
Elaine de Melo Silva Rodrigues
Emerson Israel Mendes
Max Weber de Menezes Calasans
Roseane Nunes de Santana Campos

GESTÃO 2016-2019

Posse 10/05/2016

Presidente: Rubenval Francisco de Jesus Feitosa

Vice-Presidente: Geraldo de Oliveira Tenorio

Secretário-Geral: Diomar Claudio dos Santos Sobrinho

Tesoureiro(a): Candice Garcia

Conselheiros Efetivos

Alceu Dantas Diniz

Cristiano Luis Braga Paes Barreto
Eduardo Luiz Cavalcanti Caldas
Jucileia Aparecida da Silva Moraes
Roniery Carlos Gonçalves Galindo
Vera Lucia Minan de Oliveira

Conselheiros Suplentes

Alexsandro Machado Conceição
Edmilson Simoes da Silva
Saulo Monteiro de Castro
Tania Valeska Medeiros Dantas Simoes
Thiago Rego Guerreiro
Wilams Gomes dos Santos

Descrição do perfil da entidade analisada

O Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe - CRMV-SE é uma Autarquia Federal de Fiscalização Profissional, nos termos da Lei nº 5.517 de 23 de outubro de 1968. Considerando informações extraídas do SISCAD, apresenta as seguintes características:

REGISTRO DE PROFISSIONAIS E EMPRESAS

Pessoa Física (geral)				Pessoa Física (atuantes)			
25/10/2024 09:22:43							
00:00:41:342	Prima	Secund.	Total		Prima	Secund.	Total
Veterinários	1753	78	1831	Veterinários	1324	49	1373
Zootecnistas	127	3	130	Zootecnistas	86	2	88
Total	1880	81	1961	Total	1410	51	1461

Pessoa Jurídica (geral)				Pessoa Jurídica (atuantes)			
Tributáveis	495			Tributáveis	439		
Isentas	964			Isentas	102		
Trib. s/anuidade	6			Trib. s/anuidade	5		
Microempreendedor	73	Total		Microempreendedor	39	Total	
Cadastro	33	1571		Cadastro	31	616	

Tabela de Situações Pessoa Física

Aposentado - 5
Cancel. com debito mantido - 4
Falecido - 14
Inscrição Provisória - 380
Inscrição Provisória Cancelada - 53
Isento pela Resolução CFMV nº - 42
Mandado de Segurança - 4
Militar do Exército - 1
Não Atuante - 69
Pedido de Suspensão Temporária - 11
Pendente - 1
Processo ético em andamento - 2
Requerimento de Transferência - 26
Sem Registro - 9
Transferido - 245

Tabela de Situações Pessoa Jurídica

Ação Ordinária sem Liminar - 2
Cancel. com debito mantido - 9
Cancel.Temp. por Auto de Const - 148
Decisão STJ - 1
Falha de Registro - 1
Liminar - 21
Mandado de Segurança - 139
Mandado Segurança -Desistência - 2
Não Atuante - 1
Pedido de Suspensão Temporária - 5
Pendente - 6
Sem Registro - 3
Suspendido pela Resolução 1041 - 86

RESUMO

Trata-se de auditoria integral da gestão institucional, realizada no CRMV-SE - CRMV-SE, dos 5 (cinco) últimos exercícios, em atendimento ao Plano de Auditoria da Controladoria do CFMV - PAINT e com observância das determinações contidas na Portaria PORTARIA 191/2024 - PR/DE/CFMV/SISTEMA.

Cuida-se especificamente de auditoria realizada no CRMV-SE, em atendimento ao OFÍCIO 794/2024 - PR/DE/CFMV/SISTEMA, para realização de auditoria integral institucional do CRMV-SE, referente aos últimos 5 (cinco) exercícios.

Efetivamente, os trabalhos foram realizados no período de 04/11/2024 a 08/11/2024, na sede do CRMV-SE, localizada no endereço Rua Campo do Brito, 1151, São José, 49020-590, Aracaju / SE, em circunscrita observância às normas de auditoria aplicáveis ao serviço público, sendo realizada checagem nos processos administrativos arrolados, havendo confrontação com as legislações específicas, com o objetivo de emanar parecer de auditoria sobre a conjuntura existente de procedimentos internos do citado Regional.

Os resultados expostos estão em consonância com metodologia utilizada por demais órgãos da Administração Pública, em respeito às boas práticas e valendo-se de critérios comparativos, os quais revelaram algumas inconsistências na formalização dos processos administrativos de despesas, na fiscalização dos contratos, em especial, quanto à correta juntada de documentos basilares, dentre outros, demonstrados adiante.

LISTA DE SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas: ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACT - Acordos Coletivos de Trabalho: ACT - Acordos Coletivos de Trabalho

AD - Avaliações de Desempenho: AD - Avaliações de Desempenho

AET - Análise Ergonômica do Trabalho: AET - Análise Ergonômica do Trabalho

AGU: Advocacia Geral da União

ANCLIVEPA: Associação Nacional de Clínicos Veterinários de Pequenos Animais

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVCB: Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros

BUG: Erro

CDA: Certidão de Dívida Ativa

CEIS - Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas: CEIS - Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas

CFMV: Conselho Federal de Medicina Veterinária

CGU: Controladoria Geral da União

CND: Certidão Negativa de Débito

COVID-19: “(co)rona (vi)rus (d)isease”, o que na tradução para o português seria "doença do Corona vírus". Já o número 19 está ligado ao ano de 2019, quando os primeiros casos foram publicamente divulgados.

CRFB - CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL: CRFB - CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CRMV-TO: Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Tocantins

CTPCC - Conselho de Transparência Pública e Combate à corrupção: CTPCC - Conselho de Transparência Pública e Combate à corrupção

DE: Diretoria Executiva

DECOMP: Departamento de Comunicação

DETIN: Departamento de Tecnologia da Informação

TO: Tocantins

DO - Diário Oficial: DO - Diário Oficial

DOU - Diário Oficial da União: DOU - Diário Oficial da União

DSR - Descanso Semanal Remunerado: DSR - Descanso Semanal Remunerado

EPC: Equipamento de Proteção Coletiva

EPI: Equipamento de Proteção Individual

e-SIC - Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão: e-SIC - Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão

Fala.BR - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação: Fala.BR - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação

FOC - Fiscalizações de Orientação Centralizada: FOC - Fiscalizações de Orientação Centralizada

GPS: Guia de Previdência Social

IN: Instrução Normativa

IPTU: Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana

IRRF: Imposto Retido na Fonte

LAI: Lei de Acesso à Informação

LGPD: Lei Geral de Proteção de Dados

LLC: Lei de Licitações e Contratos (8.666)

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal: LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

LTCAT - Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho: LTCAT - Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho

MF: Ministério da Fazenda

MOD: Mão de Obra Direta

MP: Ministério Público

MPOG - Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão: MPOG - Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão

MTE: Ministério de Trabalho e Emprego

NBC - Norma Brasileira de Contabilidade: NBC - Norma Brasileira de Contabilidade

NBR - Norma Brasileira: NBR - Norma Brasileira

PA: Processo Administrativo

PAD: Processo Administrativo Disciplinar

PCCR: Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração

PCCS: Planos de Carreiras, Cargos e Salários

PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional: PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PDA: Planos de Dados Abertos

PDTI: Plano Diretor de Tecnologia da Informação

PEN - Processo Eletrônico Nacional: PEN - Processo Eletrônico Nacional

PF: Pessoa Física

PGR - Política de Gestão de Riscos: PGR - Política de Gestão de Riscos

PJ: Pessoa Jurídica

POP: Procedimento Operacional Padrão

PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário: PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário

PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais: PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PR: Presidente

PRODES - Programa de Desenvolvimento para os Conselhos Regionais de Medicina Veterinária: PRODES - Programa de Desenvolvimento para os Conselhos Regionais de Medicina Veterinária

QR CODE - “Quick Response” que significa resposta rápida. QR code é um código de barras, que foi criado em 1994, e possui esse nome pois dá a capacidade de ser interpretado rapidamente pelas pessoas.: QR CODE - “Quick Response” que significa resposta rápida. QR code é um código de barras, que foi criado em 1994, e possui esse nome pois dá a capacidade de ser interpretado rapidamente pelas pessoas.

RAINT - Relatório Anual de Atividades de Auditoria Interna: RAIN - Relatório Anual de Atividades de Auditoria Interna

RAINT: Relatório Anual de Auditoria Interna

RH: Recursos Humanos

RT: Responsável Técnico

SBZ - Sociedade Brasileira de Zootecnia: SBZ - Sociedade Brasileira de Zootecnia

SEGES - Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital: SEGES - Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital

SEI - Sistema Eletrônico de Informações: SEI - Sistema Eletrônico de Informações

SIC - Serviço de Informação ao Cidadão: SIC - Serviço de Informação ao Cidadão

SICAF: Sistema de Cadastro da Administração Fazendária

SISCAD: Sistema de Cadastro

Siscont: Sistema de Contabilidade

SLTI - Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação: SLTI - Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação

SST: Saúde Segurança do trabalho

SUAP: Sistema Unificado de Administração Pública

TC: Tribunal de Contas

TCU: Tribunal de Contas da União

TI: Tecnologia da Informação

TRF4 - Tribunal Regional Federal da 4ª Região: TRF4 - Tribunal Regional Federal da 4ª Região

5MGR - 5 (cinco) Passos da Metodologia de Gestão de Riscos CFMV: 5MGR - 5 (cinco)
Passos da Metodologia de Gestão de Riscos CFMV

SUMÁRIO

1 - Apresentação

1.1 - Deliberação que originou o trabalho

2 - Fundamento Legal

3 - Planejamento, Metodologia e Abrangência

4 - Plano de Trabalho

5 - Constatações e Análise do Plano de Gestão de Riscos do Sistema CFMV/CRMVs

5.1 - Conformidade

5.1.1 - Controle Interno e Auditoria

5.1.1.1 - Gestão de Controladoria

5.1.1.2 - Gestão de Controles Internos, Governança, Auditoria e Compliance

5.1.1.3 - Gestão de Tomada de Contas Especial - TCE

5.1.2 - Transparência Pública

5.1.2.1 - Gestão da Transparência Pública

5.1.3 - Ouvidoria

5.1.3.1 - Gestão de Ouvidoria

5.2 - Estratégico

5.2.1 - Planejamento

5.2.1.1 - Planejamento Estratégico

5.2.1.2 - Análise de Cenários (Ambiente Regulatório)

5.2.2 - Fiscalização

5.2.2.1 - Fiscalização da Atuação de Profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas

5.2.3 - Coordenação e Assessoria

5.2.3.1 - Gestão de Gabinete (Diretoria Executiva)

5.2.3.2 - Gestão de Convênios

5.2.3.3 - Gestão de Assessoria Técnica

5.2.3.4 - Gestão da Assessoria Jurídica

5.2.4 - Comunicação

5.2.4.1 - Gestão da Comunicação Interna

5.2.4.2 - Gestão da Comunicação Externa

5.3 - Operacionais

5.3.1 - Econômicos

5.3.1.1 - Gestão do Planejamento Orçamentário

5.3.1.2 - Gestão da Contabilidade

5.3.1.3 - Gestão dos Inscritos em Dívida Ativa

5.3.1.4 - Gestão de Inadimplentes

5.3.1.5 - Gestão dos Processos de Execução Fiscal

5.3.1.6 - Gestão de Contas Bancárias

5.3.1.7 - Gestão de Suprimento de Fundos

5.3.1.8 - Gestão de Declarações de Bens e Renda

5.3.2 - Pessoas

5.3.2.1 - Gestão de Recursos Humanos

5.3.2.2 - Gestão de Quadro/Quantitativo de Pessoal

5.3.2.3 - Gestão de Contratações (Concursos Públicos, Comissionados - Cargos em Comissão e Estagiários)

5.3.2.4 - Gestão de Planos de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS e Acordos Coletivos de Trabalho/ACTs Gestão de Processos Administrativos Disciplinares/PADs e Sindicâncias

5.3.2.5 - Gestão de Planos de Demissão Voluntária – PDVs

5.3.2.6 - Gestão do Teletrabalho – Home Office

5.3.2.7 - Gestão de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

5.3.3 - Administrativos

5.3.3.1 - Gestão de Processos de Pessoa Física – PF e Pessoa Jurídica - PJ

5.3.3.2 - Gestão de Atendimento ao Público Externo

5.3.3.3 - Gestão de Licitações e Contratos

5.3.3.4 - Gestão de Patrimônio – Bens Imóveis e Móveis (edificações, veículos e equipamentos)

5.3.3.5 - Gestão de Diárias, Hospedagens e Passagens, Pagamento de Jetons

5.3.3.6 - Gestão de Livro de Registro de Empregados e Pastas Funcionais

5.3.3.7 - Gestão de Folhas de Pagamento, Férias e Rescisões de Contrato de Trabalho de Colaboradores

5.3.3.8 - Gestão de Atas de Reunião, Portarias, Resoluções, Certificados, Cédulas de Identidade, Demais Normas

5.3.3.9 - Gestão e Manutenção da Infraestrutura

5.3.3.10 - Gestão de Protocolo e Arquivo

5.3.3.11 - Gestão de Copa e Cozinha

5.3.3.12 - Gestão de Eventos

5.3.3.13 - Gestão do Meio Ambiente e Saúde (Pandemias)

5.3.4 - Cibernéticos

5.3.4.1 - Gestão da Tecnologia da Informação – TI

5.3.4.2 - Gestão de Projetos de TI

5.3.4.3 - Gestão de Segurança da Informação

6 - Lista de Envidências

7 - Anexos

APRESENTAÇÃO

Trata-se de auditoria integral da gestão institucional, realizada no Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe - CRMV-SE, relativa aos últimos 5 (cinco) exercícios, em atendimento ao PAINT/CFMV 2024/2026.

INTRODUÇÃO

DELIBERAÇÃO QUE ORIGINOU O TRABALHO

Cuida-se especificamente de auditoria realizada no CRMV-SE, aprovado pela Diretoria Executiva do CFMV – PAINT 2024/2026, para realização de auditoria integral da gestão institucional do CRMV-SE, referente aos ÚLTIMOS 5 (cinco) exercícios.

Efetivamente, os trabalhos foram realizados no período de 04/11/2024 a 08/11/2024, na sede do CRMV-SE, localizada no endereço Rua Campo do Brito, 1151, São José, 49020-590, Aracaju / SE , em circunscrita observância às normas de auditoria aplicáveis ao serviço público, sendo realizada minuciosa checagem nos processos administrativos arrolados, havendo confrontação com as legislações específicas, com o objetivo de emanar parecer de auditoria sobre a conjuntura existente de procedimentos internos do citado Regional.

FUNDAMENTO LEGAL

Os critérios selecionados para a análise e compreensão dos resultados da auditoria são os padrões e normas estabelecidos nas seguintes fontes, aplicáveis diretamente, ou de maneira subsidiária, ao Sistema CFMV/CRMVs:

- **Decreto-Lei nº 5.452/1943** - Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;
- **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** - CRFB 1988;
- **Lei nº 4.320/1964** - Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal;
- **Manual de Contabilidade Aplicado ao Setor Público** - Mcasp 9ª edição;
- **Decreto-Lei nº 200/1967** - Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências;
- **Lei nº 5.517/1968** - Dispõe sobre o exercício da profissão de médico-veterinário e cria os Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária;
- **Lei nº 8.429/1992** - Dispõe sobre as sanções aplicáveis em virtude da prática de atos de improbidade administrativa, de que trata o § 4º do art. 37 da Constituição Federal; e dá outras providências;
- **Lei nº 8.666/1993, e legislação correlata** - Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências;
- **Lei nº 9.784/1999** - Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal;
- **Lei Complementar nº 101/2000** - Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências (Lei de Responsabilidade Fiscal);
- **Decreto nº 3.591/2000** - Dispõe sobre o Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal e dá outras providências.
- **Lei nº 10.180/2001** - Organiza e disciplina os Sistemas de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal, de Contabilidade

Federal e de Controle Interno do Poder Executivo Federal, e dá outras providências;

- **Lei 10.406/2002** - Institui o Código Civil - CC;
- **Lei nº 10.520/2002** - Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências;
- **Lei nº 10.609/2002** - Dispõe sobre a instituição de equipe de transição pelo candidato eleito para o cargo de Presidente da República, cria cargos em comissão, e dá outras providências;
- **Decreto nº 6.170/2007** - Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências;
- **Lei nº 11.788/2008** - Dispõe sobre o estágio de estudantes (...);
- **Lei nº 12.527/2011** - Lei de Acesso à Informação - LAI;
- **Decreto nº 7.724/2012** - Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição;
- **Lei nº 12.846/2013** - Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências;
- **Portaria Interministerial nº 424/2016** - Estabelece normas para execução do estabelecido no Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse;
- **Decreto 9.203/2017** - Dispõe sobre a política de Governança na Administração Pública;
- **Decreto 9.373/2018** - Dispõe sobre a alienação, a cessão, a transferência, a destinação e a disposição final ambientalmente adequadas de bens móveis no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional;
- **Lei nº 13.709/2018** - Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD;
- **Lei 13.979/2020** - Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019;
- **Decreto Legislativo 06/2020** - Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020;
- **Lei nº 14.133/2021** - (Nova) Lei de Licitações e Contratos Administrativos;
- **Instrução Normativa nº 03/2008 SLTI/MPOG** - Dispõe sobre a classificação, utilização, especificação, identificação, aquisição e alienação de veículos oficiais e dá outras providências;
- **Instrução Normativa Conjunta nº 01/2016 MP/CGU** - dispõe sobre Gestão de Riscos, Governança e Controle Interno;
- **Instrução Normativa nº 03/2017 SFC/CGU** - Aprova o Referencial Técnico da Atividade de Auditoria Interna Governamental do Poder Executivo Federal;
- **Instrução Normativa nº 73/2020 SEGES/ME** - Dispõe sobre o procedimento administrativo para a realização de pesquisa de preços para a aquisição de bens e contratação de serviços em geral, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional;
- **Resolução CFC nº 986/2003** - Da Auditoria Interna;
- **Orientação Normativa AGU nº 2/2009** - Da autuação e numeração processual;
- **Resolução CFMV nº 875/2007** - Aprova o Código de Processo Ético-Profissional no âmbito do Sistema CFMV/CRMVs;

- **Resolução CFMV nº 964/2010** - Estabelece requisitos a serem observados para obtenção de apoio financeiro ou institucional junto ao CFMV;
- **Resolução CFMV nº 1049/2014** - Estabelece normas e procedimentos no âmbito dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária na elaboração das Propostas e Reformulações Orçamentárias, Confecção de Balancetes, Prestação de Contas e Relatórios de Gestão, e dá outras providências;
- **Resolução CFMV nº 1053/2014** - Altera a Resolução CFMV nº 1049, de 14 de fevereiro de 2014;
- **Resolução CFMV nº 1057/2014** - Altera a Resolução CFMV nº 1049, de 14 de fevereiro de 2014;
- **Resolução CFMV nº 1080/2015** - Altera as Resoluções CFMV nº 649, de 27 de agosto de 1998, nº 962, de 27 de agosto de 2010, e nº 1049, de 14 de fevereiro de 2014;
- **Resolução CFMV nº 1123/2016** - Altera a Resolução CFMV nº 1049, de 14 de fevereiro de 2014;
- **Resolução CFMV nº 1134/2016** - Altera as Resoluções CFMV nº 964, de 27 de agosto de 2010, nº 1049, de 14 de fevereiro de 2014, e nº 1041, de 13 de dezembro de 2013;
- **Resolução CFMV nº 1348/2020** - Altera a Resolução CFMV nº 1049, de 14 de fevereiro de 2014;
- **Resolução CFMV nº 1239/2018** - Aprova o Regulamento do Programa de Desenvolvimento para os Conselhos Regionais de Medicina Veterinária (PRODES);
- **Resolução CFMV nº 1283/2019** - Aprova o Regulamento do Programa de Desenvolvimento para os Conselhos Regionais de Medicina Veterinária (PRODES), instituído pela Resolução CFMV nº 1239/2018;
- **Resolução CFMV nº 1330/2020** - Aprova o Código de Processo Ético-Profissional no âmbito do Sistema CFMV/CRMVs (Obs.: em substituição à Resolução nº 875/2007, a partir de 2021);
- **Resolução CFMV nº 1416/2021** - Dispõe sobre a Política de Gestão de Riscos - PGR do Sistema CFMV/CRMVs e dá outras providências;
- **Portaria CFMV nº 82/2021** - Aprova os “5 (cinco) Passos da Metodologia de Gestão de Riscos CFMV - 5MGR” e dá outras providências;
- **Portaria CFMV nº 103/2021** - Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de debater e elaborar o “Plano de Gestão de Riscos do Sistema CFMV/CRMVs”, e dá outras providências;
- **Portaria CFMV nº 127/2021** - Define as atribuições dos departamentos, das unidades setoriais, define os empregos comissionados, funções de confiança e lotação dos empregados do Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV;
- **Norma Brasileira ABNT NBR 12693** - Sistemas de Proteção por extintor de incêndio;
- **Normas Brasileiras ABNT NBR 13523** - Central de Gás Liquefeito de Petróleo, e ABNT NBR 15526 - Redes de distribuição interna para gases combustíveis em instalações residenciais -. Projeto e execução (obs.: padrões para botijão de gás);
- **Outros**

É cediço que os órgãos e entidades da Administração Pública Federal devem atuar de forma regular e alinhada ao interesse público. Para tanto, devem exercer o controle permanente sobre seus próprios atos, considerando o princípio da autotutela. Assim, é responsabilidade da alta administração das organizações públicas, sem prejuízo das responsabilidades dos gestores dos processos organizacionais e das políticas públicas nos seus respectivos âmbitos de atuação, o estabelecimento, a manutenção, o monitoramento e o aperfeiçoamento dos controles internos da gestão.

Em razão disso, cabe à Auditoria papel fundamental nesse controle, vez que é caracterizada como atividade independente e objetiva de avaliação e de consultoria, desenhada para adicionar valor e aperfeiçoar as operações de uma organização. Ela auxilia a organização a realizar seus objetivos, a partir da aplicação de uma abordagem sistemática e

disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gerenciamento de riscos, de controles internos, de integridade e de governança, nos termos da Fiscalização de Orientação Centralizada – FOC, do Tribunal de Contas da União – TCU, nos termos do TC nº 036.608/2016-5, Fiscalização nº 549/2016, Acórdão 1925/2019 – Plenário/TCU.

PLANEJAMENTO, METODOLOGIA E ABRANGÊNCIA

O planejamento do presente trabalho considerou aspectos relevantes, especialmente:

- Os objetivos e as estratégias do Regional;
- Os riscos significativos a que o Regional está exposto e as medidas de controle, nos termos da política de gestão de riscos do sistema CFMV/CRMVs;
- A adequação e a eficácia dos processos de governança, de gerenciamento de riscos e de controles internos, comparativamente a uma estrutura ou modelo compatível e as oportunidades de se promover melhorias significativas em seus processos;
- A oportunidade de realização do trabalho em face da existência de dados e informações confiáveis, a disponibilidade de equipe verificadora com conhecimentos e habilidades específicas e a inexistência de impedimentos para a execução;
- Alocação da equipe verificadora, consideradas as necessidades do trabalho, o perfil dos profissionais e o tempo previsto para a realização dos exames.

Os exames foram baseados, principalmente, em pesquisas de caráter exploratório, com a utilização de questionários previamente formatados, com base nos Riscos do Sistema CFMV/CRMVs, neste trabalho denominados “Quesitos de Auditoria” - é importante frisar, que integrarão este relatório apenas os quesitos de auditoria com evidência clara, de algum ponto de melhoria a ser considerado. Ficando todos os quesitos de auditoria consignados com informações obtidas pelas ferramentas Siscont.Net, Siscad, objetivando conhecimento prévio acerca da situação investigada, bem como em análise de processos de reconhecimento da receita e despesas, resultantes de procedimentos licitatórios e/ou contratação direta, referente aos últimos 5 (cinco) exercícios.

Ademais, para a consecução do objetivo proposto e obtenção de evidências aptas a subsidiar o presente relatório, utilizou-se técnicas básicas de auditoria, tais como: solicitação e análise de documentos diversos, entrevistas, oitivas, conferência de cálculos, inspeções físicas, circularizações e fotos.

Frise-se que, no caso concreto, as atribuições da equipe de auditoria, são de cunho consultivo, orientativo e preventivo, quanto couber, e eminentemente investigativo, fiscalizatório se a situação assim se apresentar.

Vale ressaltar que nenhuma restrição foi imposta à realização dos exames, e a metodologia utilizada considerou o tempo e a capacidade operacional da equipe de auditoria.

A comunicação dos resultados dos trabalhos de auditoria terá como destinatária principal a alta administração do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe - CRMV-SE, sem prejuízo do endereçamento de comunicações às demais partes interessadas, como os órgãos de controle externo e a sociedade.

A comunicação do trabalho representa o posicionamento da Controladoria Geral do CFMV formado com base nas análises realizadas pela equipe, as informações e esclarecimentos prestados pela gestão e as possíveis soluções discutidas com o CRMV-SE.

Cumpra registrar, ainda, que a comunicação final dos resultados dos trabalhos da Controladoria Geral do CFMV deve ser publicada na Internet, como instrumento de accountability da gestão pública e de observância ao princípio da publicidade consignado na Constituição Federal. Contudo, antes da publicação do relatório, o CRMV-SE deve ser

consultado sobre a existência de informação sigilosa tratada na comunicação final dos resultados, conforme requisitos estabelecidos pela legislação em vigor.

Por fim, vale consignar que em respeito ao princípio da autonomia administrativa e financeira do sistema CFMV/CRMVs, o monitoramento é de responsabilidade da alta administração do CRMV-SE, cabendo-lhe zelar pela adequada implementação das recomendações emitidas pela Controladoria Geral do CFMV, e aceitar formalmente o risco associado caso decida por não realizar nenhuma ação.

A implementação das recomendações comunicadas ao CRMV-SE, deve ser permanentemente monitorada pela Controladoria Geral do CFMV, devendo essa atividade ser prevista no Plano Interno.

PLANO DE TRABALHO

O planejamento da auditoria para execução dos trabalhos abrangeu as seguintes ações e procedimentos, contemplando o Plano de Gestão de Riscos do Sistema CFMV/CRMVs:

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DO SISTEMA CFMV/CRMVs	CONFORMIDADE	Controle Interno e Auditoria	Gestão de Controladoria Gestão de Controles Internos, Governança, Auditoria e Compliance Gestão de Tomada de Contas Especial – TCE
		Transparência Pública	Gestão da Transparência Pública
		Ouvidoria	Gestão de Ouvidoria
	ESTRATÉGICOS	Planejamento	Planejamento Estratégico Análise de Cenários (Ambiente Regulatório)
		Fiscalização	Fiscalização da Atuação de Profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas
		Coordenação e Assessoria	Gestão de Gabinete (Diretoria Executiva) Gestão de Convênios Gestão de Assessoria Técnica Gestão da Assessoria Jurídica
		Comunicação	Gestão da Comunicação Interna Gestão da Comunicação Externa
	Operacional	Econômicos	Gestão do Planejamento Orçamentário Gestão da Contabilidade Gestão dos Inscritos em Dívida Ativa Gestão de Inadimplentes Gestão dos Processos de Execução Fiscal Gestão de Contas Bancárias Gestão de Suprimento de Fundos Gestão de Declarações de Bens e Renda
			Gestão de Recursos Humanos
			Gestão de Quadro/Quantitativo de Pessoal
			Gestão de Contratações (Concursos Públicos, Comissionados - Cargos em Comissão e Estagiários)
		Pessoas	

	Gestão de Planos de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS e Acordos Coletivos de Trabalho/ACTs, Gestão de Processos Administrativos Disciplinares/PADs e Sindicâncias
	Gestão de Planos de Demissão Voluntária – PDVs
	Gestão do Teletrabalho – Home Office
	Gestão de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
	Gestão de Processos de Pessoa Física – PF e Pessoa Jurídica - PJ
	Gestão de Atendimento ao Público Externo
	Gestão de Licitações e Contratos
	Gestão de Patrimônio – Bens Imóveis e Móveis (edificações, veículos e equipamentos)
	Gestão de Diárias, Hospedagens e Passagens, Pagamento de Jetons
	Gestão de Livro de Registro de Empregados e Pastas Funcionais
	Gestão de Folhas de Pagamento, Férias e Rescisões de Contrato de Trabalho de Colaboradores
	Gestão de Atas de Reunião, Portarias, Resoluções, Certificados, Cédulas de Identidade, Demais Normas
	Gestão e Manutenção da Infraestrutura
	Gestão de Protocolo e Arquivo
	Gestão de Cozinha
	Gestão de Eventos
	Gestão do Meio Ambiente e Saúde (Pandemias)
	Gestão da Tecnologia da Informação – TI
	Gestão de Projetos de TI
	Gestão de Segurança da Informação
Administrativos	
Cibernéticos	

A seguir apresentamos os resultados dos exames realizados nas áreas específicas da Administração do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe - CRMV-SE, e na documentação comprobatória dos atos e fatos que deram origem ao presente relatório.

CONSTATAÇÕES E ANÁLISE DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DO SISTEMA CFMV/CRMVs

Dos exames realizados, o foco do trabalho voltou-se ao Painel de Riscos , nos eixos **Conformidade, Estratégico e Operacional**, a partir da análise quanto a implementação de sistema de controle interno e planejamento estratégico, bem como procedimentos de verificação sobre a realização de receita e execução de despesas, sejam elas oriundas de diárias, reembolsos, verbas indenizatórias, jetons, licitações, com pessoal, encargos etc.

No decorrer da auditoria foram constatadas impropriedades, vez que muitos procedimentos ignoraram as etapas determinadas nas leis específicas, fugindo do rito regular e ordinário, sem apresentar motivação plausível para tanto, incorrendo, em tese, em infringência aos princípios da Administração Pública.

Em geral, as falhas procedem da instrução processual, de ausência de assinaturas em empenhos, atesto em faturas, ausência de instrumentos contratuais, dentre outros.

Nos termos do Ofício nº OFÍCIO 794/2024 - PR/DE/CFMV/SISTEMA, referente ao Processo Administrativo CFMV nº 0110060.00000039/2024-55, cujo assunto é Auditoria realizada no CRMV-SE: A equipe de auditores do CFMV procedeu a análise do último relatório de auditoria realizado no Conselho Regional.

Conformidade

Controle Interno e Auditoria

Gestão de Controladoria

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Nos objetivos principais da Controladoria, como **(1)** garantia de apresentação de informações adequadas ao processo decisório e a colaboração junto aos Diretores na busca da eficácia gerencial, as informações constantes em Processo/Convênios/Contratos podem vir sem a devida exatidão, **(2)** a proteção dos Ativos da Instituição, atividade de alta agregação de valor e função típica de Controladoria, pode não se fazer acompanhar de uma política de redução/controle de gastos/despesas e nem de otimização de custos, **(3)** a ausência de uma visão ampla e sistêmica na Autarquia, com a colaboração da Controladoria, que leve em consideração fatores como processos organizacionais, estrutura, informações técnicas/contábeis/financeiras de qualidade e controles internos, **(4)** a implantação de políticas, programas e projetos, alinhados a processos de trabalho e controles internos e externos, que tenham o Setor de Controladoria como Gestor, ainda são insuficientes para as demandas da Autarquia, podendo levar os Diretores do CFMV a decisões imprecisas, podendo levar a Direção do CFMV a erro, com riscos de conformidade.

Nos objetivos principais da Controladoria, como **(1) garantia de apresentação de informações adequadas ao processo decisório e a colaboração junto aos Diretores na busca da eficácia gerencial, as informações constantes em Processo/Convênios/Contratos podem vir sem a devida exatidão**, podendo levar os Diretores do CFMV a decisões imprecisas, podendo levar a Direção do CFMV a erro, com riscos de conformidade.

Existe normativo de criação do setor de Controladoria?

ACHADO: Ausência de um normativo formal que estabeleça a criação do setor de Controladoria.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um normativo que formalize a criação do setor de Controladoria.

Há algum normativo com competências, atribuições e objetivos da Controladoria?

ACHADO: Ausência de um normativo que estabeleça as competências, atribuições e objetivos da Controladoria.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um normativo que defina claramente as competências, atribuições e objetivos da Controladoria.

O modo de contratação (concurso público ou cargo comissionado) para o profissional que desempenha as atividades de controlador é formalmente estabelecido?

ACHADO: Ausência de um normativo que estabeleça formalmente o modo de contratação (concurso público ou cargo comissionado) para o profissional que desempenha as atividades de controlador.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um normativo que defina formalmente o modo de contratação para o profissional que desempenha as atividades de controlador.

Há um plano de trabalho/planejamento da Controladoria?

ACHADO: Ausência de um plano de trabalho/planejamento da Controladoria.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um plano de trabalho/planejamento para a Controladoria.

Existe relatório de acompanhamento das ações da Controladoria?

ACHADO: Ausência de relatório de acompanhamento das ações da Controladoria.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a criação e implementação de relatórios de acompanhamento das ações da Controladoria.

Nos objetivos principais da Controladoria, como **(2) a proteção dos Ativos da Instituição, atividade de alta agregação de valor e função típica de Controladoria, pode não se fazer acompanhar de uma política de redução/controle de gastos/despesas e nem de otimização de custos**, podendo levar os Diretores do CFMV a decisões imprecisas, podendo levar a Direção do CFMV a erro, com riscos de conformidade.

Há controle de gastos na instituição (como decisões de Diretoria ou Plenário limitando gastos com compras, aquisições, despesas com diárias, por exemplo, a partir de relatórios, análises ou pareceres elaborados pelo Setor Contábil)?

ACHADO: Ausência de controle de gastos na instituição, como decisões de Diretoria ou Plenário limitando gastos com compras, aquisições e despesas com diárias, baseadas em relatórios, análises ou pareceres elaborados pelo Setor Contábil.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de um controle de gastos, incluindo decisões de Diretoria ou Plenário que limitem gastos com base em relatórios, análises ou pareceres elaborados pelo Setor Contábil.

Possui algum instrumento de otimização de custos como programa, projeto ou atribuição a servidor ou setor para realização do controle e otimização de custos (por exemplo, relatórios, análises ou pareceres elaborados pelo Setor Contábil)?

ACHADO: Ausência de instrumento de otimização de custos, como programa, projeto ou atribuição a servidor ou setor específico para a realização do controle e otimização de custos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a criação e implementação de um instrumento de otimização de custos, como um programa, projeto ou atribuição específica a um servidor ou setor para controle e otimização de custos.

Nos objetivos principais da Controladoria, como **(3) a ausência de uma visão ampla e sistêmica na Autarquia, com a colaboração da Controladoria, que leve em consideração fatores como processos organizacionais, estrutura, informações técnicas/contábeis/**

financeiras de qualidade e controles internos, podendo levar os Diretores do CFMV a decisões imprecisas, podendo levar a Direção do CFMV a erro, com riscos de conformidade.

A Controladoria exerce atividade de controle da gestão como um todo (ou realiza controle apenas de questões contábeis e financeiras)?

ACHADO: A Controladoria não exerce atividade de controle da gestão como um todo, limitando-se apenas a questões contábeis e financeiras.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a Controladoria amplie suas atividades para exercer o controle da gestão como um todo, abrangendo todos os aspectos administrativos e operacionais.

Nos objetivos principais da Controladoria, como **(4) a implantação de políticas, programas e projetos, alinhados a processos de trabalho e controles internos e externos, que tenham o Setor de Controladoria como Gestor, ainda são insuficientes para as demandas da Autarquia**, podendo levar os Diretores do CFMV a decisões imprecisas, podendo levar a Direção do CFMV a erro, com riscos de conformidade.

O setor de Controladoria desenvolve políticas, programas e projetos no âmbito da autarquia?

ACHADO: O setor de Controladoria não desenvolve políticas, programas e projetos no âmbito da autarquia.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que o setor de Controladoria desenvolva e implemente políticas, programas e projetos estratégicos no âmbito da autarquia para fortalecer a gestão e o controle interno.

Os programas e projetos da Controladoria são alinhados a processos de trabalho e controle interno/externos?

ACHADO: Os programas e projetos da Controladoria não são alinhados a processos de trabalho e controle interno/externo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de uma metodologia para alinhar os programas e projetos da Controladoria aos processos de trabalho e aos sistemas de controle interno e externo.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A ausência de adequado comprometimento da Alta Administração da Instituição com a Gestão de Riscos, ocasionando a fragilidade de políticas, diretrizes, objetivos, programas, projetos, frameworks, metodologias e indicadores relacionados à matéria, pode comprometer os atingimentos dos objetivos finalísticos da instituição como um todo, com riscos de conformidade, estratégicos e operacionais.

Possui normativo voltado para a gestão de riscos?

ACHADO: Ausência de normativo voltado para a gestão de riscos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um normativo que estabeleça diretrizes claras para a gestão de riscos na instituição.

Possui projeto, plano de trabalho ou ação voltado para a gestão de riscos?

ACHADO: Ausência de projeto, plano de trabalho ou ação voltado para a gestão de riscos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a criação e implementação de projetos, planos de trabalho ou ações específicas voltadas para a gestão de riscos.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a falhas na Gestão do Setor de Controladoria, tal como **(1) baixa normatização de projetos/planos/ações na Instituição ou mesmo no Sistema Federal/Regionais, (2) o baixo uso, ou mesmo inexistência, de um Sistema de Informações (para Controladoria) que tenha foco em Governança, Gestão de Riscos e Controles Internos, e que atenda aos diferentes públicos da Instituição (Alta Administração, Gestores de Áreas, Colaboradores, Fornecedores, Parceiros, (3) a ausência indicadores de desempenho e resultado para Gestão de Riscos, Governança e Auditoria Interna/Externa que possam gerar percepção de valor pela Alta Administração, (4) ausência de capacitações (reciclagem de conhecimentos) para resolução de problemas no CFMV, pode ser um risco às atividades da Controladoria, podem levar a decisões equivocadas, com riscos de conformidade.**

Face a falhas na Gestão do Setor de Controladoria, tal como **(1) baixa normatização de projetos/planos/ações na Instituição ou mesmo no Sistema Federal/Regionais**, pode ser um risco às atividades da Controladoria, podem levar a decisões equivocadas, com riscos de conformidade.

Os projetos/planos/ações da Controladoria estão devidamente normatizados?

ACHADO: Os projetos, planos e ações da Controladoria não estão devidamente normatizados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a normatização dos projetos, planos e ações da Controladoria para assegurar a padronização e eficácia dos processos.

Existe controle de execução das atividades da Controladoria?

ACHADO: Ausência de controle de execução das atividades da Controladoria.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de um sistema de controle para monitorar a execução das atividades da Controladoria, garantindo a efetividade e a conformidade com as diretrizes estabelecidas.

Face a falhas na Gestão do Setor de Controladoria, tal como **(2) o baixo uso, ou mesmo inexistência, de um Sistema de Informações (para Controladoria) que tenha foco em Governança, Gestão de Riscos e Controles Internos, e que atenda aos diferentes públicos da Instituição (Alta Administração, Gestores de Áreas, Colaboradores, Fornecedores, Parceiros**, pode ser um risco às atividades da Controladoria, podem levar a decisões equivocadas, com riscos de conformidade.

Os projetos da Controladoria são implementados com o auxílio de um sistema de controle?

ACHADO: Os projetos da Controladoria não são implementados com o auxílio de um sistema de controle.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de um sistema de controle para auxiliar na execução e monitoramento dos projetos da Controladoria, assegurando sua eficácia e alinhamento com os objetivos institucionais.

Existe um sistema de informações da instituição (para a Controladoria) que tenha foco em governança?

ACHADO: Ausência de um sistema de informações da instituição com foco em governança para a Controladoria.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de um sistema de informações com foco em governança para a Controladoria, visando melhorar a transparência, o controle e a eficiência na gestão.

Existe um sistema de informações da instituição (para a Controladoria) que tenha foco em gestão de riscos?

ACHADO: Ausência de um sistema de informações da instituição com foco em gestão de riscos para a Controladoria.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de um sistema de informações com foco em gestão de riscos para a Controladoria, para aprimorar a identificação, análise e mitigação de riscos.

Existe um sistema de informações da instituição (para a Controladoria) que tenha foco em controle interno?

ACHADO: Ausência de um sistema de informações da instituição com foco em controle interno para a Controladoria.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de um sistema de informações com foco em controle interno para a Controladoria, para fortalecer a supervisão e o monitoramento contínuo das operações.

O sistema de informações (para Controladoria) atende aos diferentes públicos da instituição?

ACHADO: O sistema de informações para a Controladoria não atende adequadamente aos diferentes públicos da instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a adaptação ou aprimoramento do sistema de informações da Controladoria para atender eficazmente aos diferentes públicos da instituição, garantindo acesso e compreensão das informações relevantes por todas as partes interessadas.

Face a falhas na Gestão do Setor de Controladoria, tal como **(3) a ausência indicadores de desempenho e resultado para Gestão de Riscos, Governança e Auditoria Interna/Externa que possam gerar percepção de valor pela Alta Administração**, pode ser um risco às atividades da Controladoria, podem levar a decisões equivocadas, com riscos de conformidade.

Há indicadores de desempenho/resultado para gestão de riscos?

ACHADO: Ausência de indicadores de desempenho ou resultado específicos para a gestão de riscos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a definição e implementação de indicadores de desempenho e resultado para a gestão de riscos, para monitorar a eficácia das estratégias e ações implementadas.

Há indicadores de desempenho/resultado para governança?

ACHADO: Ausência de indicadores de desempenho ou resultado específicos para governança.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a definição e implementação de indicadores de desempenho e resultado para governança, para avaliar a eficácia das práticas e processos de governança implementados.

Há indicadores de desempenho/resultado para auditoria (caso o respondente seja o Conselho Regional assinalar a opção "não se aplica")?

ACHADO: -

RESPOSTA: Não se aplica

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: -

Face a falhas na Gestão do Setor de Controladoria, tal como **(4) ausência de capacitações (reciclagem de conhecimentos) para resolução de problemas no CFMV**, pode ser um risco às atividades da Controladoria, podem levar a decisões equivocadas, com riscos de conformidade.

Os empregados lotados na Controladoria receberam capacitação?

ACHADO: Os empregados lotados na Controladoria não receberam capacitação adequada.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de um programa de capacitação contínua para os empregados lotados na Controladoria, visando aprimorar suas competências e eficácia no desempenho de suas funções.

Controle Interno e Auditoria

Gestão de Controles Internos, Governança, Auditoria e Compliance

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Por conta de falhas e impropriedades verificadas no escopo de trabalhos no âmbito de Controles Internos, Governança, Auditoria e Compliance, tal como **(1)** ausência de regras claras e objetivas quanto aos procedimentos administrativos a serem feitos nestes campos de trabalho, **(2)** descumprimento a normas legais, bem como a políticas internas e externas, **(3)** negativas de acesso à documentação processual (Convênios, Contratos, Termos de Repasse, Acordos, Outros) a órgãos de controle interno e externo), **(4)** desajustes entre as estruturas de trabalhos e os processos inerentes, com setores que não tenham suas competências bem discriminadas, podem levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos de conformidade.

Por conta de falhas e impropriedades verificadas no escopo de trabalhos no âmbito de Controles Internos, Governança, Auditoria e Compliance, tal como **(1) ausência de regras claras e objetivas quanto aos procedimentos administrativos a serem feitos nestes campos de trabalho**, podem levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos de conformidade.

Existe normativo de Controles Internos?

ACHADO: Ausência de normativo de Controles Internos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um normativo de Controles Internos para assegurar a padronização e a eficácia dos processos de controle na instituição.

Existe normativo de Governança?

ACHADO: Ausência de normativo de Governança.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um normativo de Governança para estabelecer diretrizes claras e promover boas práticas de governança na instituição.

Existe normativo de Auditoria (caso o respondente seja o Conselho Regional assinalar a opção "não se aplica")?

ACHADO: -

RESPOSTA: Não se aplica

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: -

Existe normativo de Compliance?

ACHADO: Ausência de normativo de Compliance.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um normativo de Compliance para estabelecer diretrizes e assegurar a conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis na instituição.

Por conta de falhas e impropriedades verificadas no escopo de trabalhos no âmbito de Controles Internos, Governança, Auditoria e Compliance, tal como **(2) descumprimento a normas legais, bem como a políticas internas e externas**, podem levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos de conformidade.

Os normativos de Controles Internos foram implementados?

ACHADO: Os normativos de Controles Internos não foram implementados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação dos normativos de Controles Internos para assegurar a padronização e a eficácia dos processos de controle na instituição.

Os normativos de Governança foram implementados?

ACHADO: Os normativos de Governança não foram implementados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação dos normativos de Governança para estabelecer diretrizes claras e promover boas práticas de governança na instituição.

Os normativos de Auditoria foram implementados (caso o respondente seja o Conselho Regional assinalar a opção "não se aplica")?

ACHADO: -

RESPOSTA: Não se aplica

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: -

Os normativos de Compliance foram implementados?

ACHADO: Os normativos de Compliance não foram implementados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação dos normativos de Compliance para assegurar a conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis na instituição.

Os normativos de Controles Internos foram seguidos?

ACHADO: Os normativos de Controles Internos não foram seguidos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a adoção e o cumprimento rigoroso dos normativos de Controles Internos para assegurar a padronização e a eficácia dos processos de controle na instituição.

Os normativos de Governança foram seguidos?

ACHADO: Os normativos de Governança não foram seguidos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a adoção e o cumprimento rigoroso dos normativos de Governança para promover boas práticas e fortalecer a governança na instituição.

Os normativos de Auditoria foram seguidos (caso o respondente seja o Conselho Regional assinalar a opção "não se aplica")?

ACHADO: -

RESPOSTA: Não se aplica

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: -

Os normativos de Compliance foram seguidos?

ACHADO: Os normativos de Compliance não foram seguidos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a adoção e o cumprimento rigoroso dos normativos de Compliance para assegurar a conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis na instituição.

Por conta de falhas e impropriedades verificadas no escopo de trabalhos no âmbito de Controles Internos, Governança, Auditoria e Compliance, tal como **(4) desajustes entre as estruturas de trabalhos e os processos inerentes, com setores que não tenham suas competências bem discriminadas**, podem levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos de conformidade.

Existe fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Controles Internos?

ACHADO: Ausência de fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Controles Internos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a definição e implementação de um fluxo de atividades para trabalhos relacionados a Controles Internos, assegurando a padronização e a eficácia dos processos.

Existe fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Governança?

ACHADO: Ausência de fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Governança.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a definição e implementação de um fluxo de atividades para trabalhos relacionados a Governança, assegurando a padronização e a eficácia dos processos.

Existe fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Auditoria (caso o respondente seja o Conselho Regional assinalar a opção "não se aplica")?

ACHADO: -

RESPOSTA: Não se aplica

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: -

Existe fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Compliance?

ACHADO: Ausência de fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Compliance.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a definição e implementação de um fluxo de atividades para trabalhos relacionados a Compliance, assegurando a padronização e a eficácia dos processos.

Transparência Pública

Gestão da Transparência Pública

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a impropriedades verificadas no fluxo de trabalho Gestão da Transparência Pública, como **(1)** ausência de completo atendimento a determinações legais (como o disposto na Lei 12.527/11 – LAI), normativas (como na Instrução Normativa TCU 84/2020) e de Órgãos de Controle (como no Acórdão TCU

96/2016), além de adoção de boas práticas da administração pública (conforme trazido no "Manual de Ouvidoria Pública: rumo ao sistema participativo", da CGU), somada a ausência da disponibilização do Serviço de Informação ao Cidadão – SIC, previsto no art. 9º, I, da Lei 12.527/2011, (2) ausência de designação formal do servidor encarregado pelo Portal da Transparência da instituição, via portaria, (3) ausência de capacitações e treinamento (reciclagem de conhecimentos) a profissionais do setor, ou que pelo menos lidem com o atendimento, (4) sem a utilização de sistema para a publicação ativa e em tempo real das informações, pode levar a Alta Direção a erro, com riscos de conformidade.

Face a impropriedades verificadas no fluxo de trabalho Gestão da Transparência Pública, como (1) ausência de completo atendimento a determinações legais (como o disposto na Lei 12.527/11 - LAI), normativas (como na Instrução Normativa TCU 84/2020) e de Órgãos de Controle (como no Acórdão TCU 96/2016), além de adoção de boas práticas da administração pública (conforme trazido no "Manual de Ouvidoria Pública: rumo ao sistema participativo", da CGU), somada a ausência da disponibilização do Serviço de Informação ao Cidadão – SIC, previsto no art. 9º, I, da Lei 12.527/2011, pode levar a Alta Direção a erro, com riscos de conformidade.

Atende a determinações legais (como o disposto na Lei 12.527/11 - LAI), normativas (como na Instrução Normativa TCU 84/2020) e de Órgãos de Controle (como no Acórdão TCU 96/2016)?

ACHADO: Não atendimento às determinações legais estabelecidas na Lei 12.527/11 - Lei de Acesso à Informação (LAI), normativas da Instrução Normativa TCU 84/2020 e recomendações do Acórdão TCU 96/2016.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 2.1.1. A - Não disponibilização atualizada de licitações e contratos

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a adoção imediata de medidas para adequação aos requisitos da Lei 12.527/11, da Instrução Normativa TCU 84/2020 e do Acórdão TCU 96/2016, incluindo a revisão e atualização dos procedimentos internos, bem como a implementação de controles eficazes para assegurar o cumprimento dessas normativas e recomendações de órgãos de controle.

Adota boas práticas da administração pública (conforme trazido no "Manual de Ouvidoria Pública: rumo ao sistema participativo", da CGU)?

ACHADO: Ausência de adoção das boas práticas recomendadas pela Controladoria-Geral da União (CGU), conforme descritas no "Manual de Ouvidoria Pública: rumo ao sistema participativo

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 77/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação das boas práticas da administração pública conforme orientações contidas no "Manual de Ouvidoria Pública: rumo ao sistema participativo" da CGU. Isso inclui a revisão dos procedimentos da ouvidoria, aprimoramento da transparência e participação pública, bem como o fortalecimento dos mecanismos de prestação de contas e responsabilização.

Disponibiliza Serviços de Informação ao Cidadão - SIC, previsto no art. 9º, I, da Lei 12.527/2011?

ACHADO: Ausência de disponibilização dos Serviços de Informação ao Cidadão (SIC), conforme previsto no art. 9º, I, da Lei 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação - LAI).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 77/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a criação e implementação imediata dos Serviços de Informação ao Cidadão (SIC), em conformidade com o art. 9º, I, da Lei 12.527/2011. Isso inclui a designação de responsáveis pelo SIC, a divulgação dos procedimentos para

solicitação de informações, a disponibilização de canais adequados para recebimento de pedidos de acesso à informação e o estabelecimento de um fluxo eficiente para tratamento e resposta às solicitações dos cidadãos.

As informações disponibilizadas estão atualizadas?

ACHADO: As informações disponibilizadas não estão atualizadas conforme as exigências legais e normativas de transparência pública.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 2.1.1. E - Informacoes desatualizadas

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a revisão e atualização imediata das informações disponibilizadas no portal da transparência da autarquia. É fundamental garantir que todas as informações financeiras, orçamentárias, administrativas e de pessoal estejam atualizadas e em conformidade com as normas vigentes, assegurando a transparência e o acesso à informação pública de forma completa e precisa, além dos dados abertos.

Há a divulgação do Relatório de Gestão no Portal da Transparência?

ACHADO: Ausência de divulgação do Relatório de Gestão no Portal da Transparência da autarquia.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 2.1.1. F - Relatorio 2023 nao publicado

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a inclusão e divulgação regular do Relatório de Gestão no Portal da Transparência da autarquia. A publicação deste documento é essencial para prestar contas das atividades realizadas, resultados alcançados e uso dos recursos públicos, promovendo a transparência e o controle social sobre a gestão pública.

Face a impropriedades verificadas no fluxo de trabalho Gestão da Transparência Pública, como **(2) ausência de designação formal do servidor encarregado pelo Portal da Transparência da instituição, via portaria**, pode levar a Alta Direção a erro, com riscos de conformidade.

Possui portaria de designação formal de empregado encarregado pelo Portal da Transparência da instituição?

ACHADO: Ausência de portaria de designação formal de empregado encarregado pelo Portal da Transparência da instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 77/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e publicação de uma portaria formal designando um empregado responsável pelo Portal da Transparência da instituição. Esta medida é necessária para assegurar a responsabilidade clara pela gestão e atualização das informações no portal, conforme exigências legais e normativas de transparência pública.

Face a impropriedades verificadas no fluxo de trabalho Gestão da Transparência Pública, como **(3) ausência de capacitações e treinamento (reciclagem de conhecimentos) a profissionais do setor, ou que pelo menos lidem com o atendimento**, pode levar a Alta Direção a erro, com riscos de conformidade.

Existe no plano de capacitação ação voltada ao(s) empregado(s) que desempenha(m) atividades de Gestão da Transparência Pública?

ACHADO: Ausência de ação específica no plano de capacitação voltada ao(s) empregado(s) que desempenha(m) atividades de Gestão da Transparência Pública.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 77/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a inclusão de ações específicas no plano de capacitação voltadas ao(s) empregado(s) responsável(is) pela Gestão da Transparência Pública.

Face a impropriedades verificadas no fluxo de trabalho Gestão da Transparência Pública, como **(4) sem a utilização de sistema para a publicação ativa e em tempo real das informações**, pode levar a Alta Direção a erro, com riscos de conformidade.

É utilizado sistema para publicação em tempo real das informações voltadas ao atendimento da Transparência Pública?

ACHADO: Não é utilizado sistema para publicação em tempo real das informações voltadas ao atendimento da Transparência Pública.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 77/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a autarquia avalie a implementação de um sistema para publicação em tempo real das informações voltadas ao atendimento da Transparência Pública. Sugere-se verificar a disponibilidade orçamentária e a viabilidade financeira para adoção dessa medida, garantindo o cumprimento das normativas e legislação vigente relacionadas à transparência pública.

Ouvidoria

Gestão de Ouvidoria

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas e impropriedades na Gestão de Ouvidoria, tal como **(1) ausência de estruturação do Setor de Ouvidoria**, o qual muitas vezes responde a demandas da sociedade somente via correio eletrônico, sem a utilização de uma sistema de gestão (como a plataforma Fala.BR) que permita o controle e a comunicação devida entre Conselhos Regionais e Conselho Federal, **(2) ausência de designação formal do servidor encarregado pela Ouvidoria**, via Portaria da Instituição, **(3) necessidade de capacitações e treinamentos de colaboradores para o bom exercício da função** (especialmente em legislações pertinentes, como a Lei 13.460/17, Lei 12.527/11 – LAI e Lei 13.709/18 – LGPD), podem levar a Alta Administração a tomada equivocada de decisão e sanções administrativas, com riscos de conformidade.

Devido a falhas e impropriedades na Gestão de Ouvidoria, tal como **(1) ausência de estruturação do Setor de Ouvidoria**, o qual muitas vezes responde a demandas da sociedade somente via correio eletrônico, sem a utilização de uma sistema de gestão (como a plataforma Fala.BR) que permita o controle e a comunicação devida entre Conselhos Regionais e Conselho Federal, podem levar a Alta Administração a tomada equivocada de decisão e sanções administrativas, com riscos de conformidade.

Há acompanhamento dos questionamentos da ouvidoria?

ACHADO: Ausência de acompanhamento dos questionamentos da ouvidoria.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 78/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um processo de acompanhamento sistemático dos questionamentos recebidos pela ouvidoria. Isso inclui o registro, análise, encaminhamento e monitoramento das manifestações, garantindo respostas adequadas e oportunas aos cidadãos e demais partes interessadas.

Devido a falhas e impropriedades na Gestão de Ouvidoria, tal como **(3) necessidade de capacitações e treinamentos de colaboradores para o bom exercício da função** (especialmente em legislações pertinentes, como a Lei 13.460/17, Lei 12.527/11 – LAI e Lei 13.709/18 – LGPD), podem levar a Alta Administração a tomada equivocada de decisão e sanções administrativas, com riscos de conformidade.

Existe processo de capacitação com conteúdo voltado para atividades da Ouvidoria (especialmente em legislações pertinentes, como a Lei 13.460/17, Lei 12.527/11)

ACHADO: Ausência de processo de capacitação com conteúdo voltado para atividades da Ouvidoria, especialmente em legislações pertinentes como a Lei 13.460/17 (Código de Defesa dos Usuários dos Serviços Públicos) e a Lei 12.527/11 (Lei de Acesso à Informação).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 78/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de um processo de capacitação com conteúdo específico voltado para as atividades da Ouvidoria, abrangendo principalmente as legislações pertinentes como a Lei 13.460/17 e a Lei 12.527/11. Isso inclui treinamentos regulares para os empregados responsáveis pela Ouvidoria, visando o aprimoramento técnico, o entendimento das normativas vigentes e a melhoria contínua na prestação dos serviços públicos e no atendimento às manifestações dos cidadãos.

Estratégico

Planejamento

Planejamento Estratégico

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A falta de compreensão da importância do Planejamento Estratégico pode gerar **(1)** a alocação insuficiente de recursos financeiros, logísticos e humanos por parte da Alta Administração, **(2)** a subvalorização da necessidade de solicitações de capacitação dos Regionais ao Federal (reciclagem de conhecimentos), **(3)** ou mesmo a ausência de envolvimento e percepção de pertencimento das equipes e seus setores em conjunto com a Alta Administração, com riscos estratégicos.

A falta de compreensão da importância do Planejamento Estratégico pode gerar **(1) a alocação insuficiente de recursos financeiros, logísticos e humanos por parte da Alta Administração**, com riscos estratégicos.

O Planejamento Estratégico apresenta cadeia de valor da instituição?

ACHADO: Ausência de apresentação da cadeia de valor da instituição no Planejamento Estratégico.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se incluir a apresentação da cadeia de valor da instituição no Planejamento Estratégico. Isso proporcionará uma visão clara dos processos e atividades que agregam valor aos produtos e serviços oferecidos pela autarquia, facilitando o alinhamento das estratégias organizacionais com os objetivos e necessidades dos stakeholders e promovendo a eficiência operacional e a entrega de valor.

O Planejamento Estratégico apresenta identidade estratégica da instituição (missão, visão de futuro, valores e mapa estratégico)?

ACHADO: Ausência de apresentação da identidade estratégica da instituição (missão, visão de futuro, valores e mapa estratégico) no Planejamento Estratégico.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se incluir a identidade estratégica da instituição (missão, visão de futuro, valores e mapa estratégico) no Planejamento Estratégico. Isso proporcionará uma orientação clara sobre o propósito, direção e princípios que guiam as ações e decisões da autarquia, facilitando o alinhamento organizacional, o engajamento dos colaboradores e a comunicação eficaz com stakeholders internos e externos.

Existe alocação de recursos (financeiros, logísticos e humanos) por parte da Alta Administração para planejamento estratégico no orçamento da instituição?

ACHADO: Ausência de alocação de recursos (financeiros, logísticos e humanos) pela Alta Administração para o planejamento estratégico no orçamento da instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se avaliar a alocação de recursos (financeiros, logísticos e humanos) pela Alta Administração para o planejamento estratégico no orçamento da instituição.

A falta de compreensão da importância do Planejamento Estratégico pode gerar **(2) a subvalorização da necessidade de solicitações de capacitação dos Regionais ao Federal (reciclagem de conhecimentos)**, com riscos estratégicos.

Os empregados que exercem atividades vinculadas ao desenvolvimento do PEI recebem capacitações?

ACHADO: Ausência de capacitações para os empregados que exercem atividades vinculadas ao desenvolvimento do Planejamento Estratégico Institucional (PEI).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar capacitações para os empregados que exercem atividades vinculadas ao desenvolvimento do Planejamento Estratégico Institucional (PEI). Essas capacitações devem abranger temas relevantes como metodologias de planejamento estratégico, análise de cenários, definição de indicadores de desempenho e alinhamento estratégico, visando fortalecer a competência técnica e garantir a eficácia na execução do PEI.

Possui documento de demanda ao CFMV de capacitação em Planejamento Estratégico para a equipe do Regional (reciclagem de conhecimentos)?

ACHADO: Ausência de documento de demanda ao CFMV de capacitação em Planejamento Estratégico para a equipe do Regional (reciclagem de conhecimentos).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se elaborar e encaminhar ao CFMV um documento formal solicitando capacitação em Planejamento Estratégico para a equipe do Regional. Essa iniciativa visa promover a reciclagem de conhecimentos, capacitar os colaboradores em metodologias atualizadas de planejamento estratégico e fortalecer as competências necessárias para a implementação eficaz de estratégias alinhadas aos objetivos do CFMV e do Regional.

A falta de compreensão da importância do Planejamento Estratégico pode gerar **(3) ou mesmo a ausência de envolvimento e percepção de pertencimento das equipes e seus setores em conjunto com a Alta Administração**, com riscos estratégicos.

Os empregados participam de todas as etapas, em conjunto com a Alta Administração, da elaboração do Planejamento Estratégico?

ACHADO: Ausência de participação dos empregados em todas as etapas, em conjunto com a Alta Administração, da elaboração do Planejamento Estratégico.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se promover a participação dos empregados em todas as etapas da elaboração do Planejamento Estratégico, em conjunto com a Alta Administração. Quaisquer formas de envolvimento que permitam contribuições significativas dos empregados, promovendo engajamento, alinhamento organizacional e o aproveitamento de diferentes perspectivas na definição de metas e estratégias institucionais.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas e obstáculos no escopo de Planejamento Estratégico, como **(1)** ausência de mapeamentos, análises e diagnósticos de perfis e públicos de interesse, com retroalimentação de dados e informações, **(2)** baixa conectividade entre o planejamento orçamentário e a construção do planejamento estratégico, **(3)** ausência de objetivos e metas para atingimento de resultados, **(4)** ausência

de metodologias e fluxos ágeis que permitam a otimização do processo de trabalho (como ciclo de planejamento burocrático, etapas muito longas, metodologias e sistemas não aderentes à realidade da instituição),, podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

Devido a falhas e obstáculos no escopo de Planejamento Estratégico, como **(1) ausência de mapeamentos, análises e diagnósticos de perfis e públicos de interesse, com retroalimentação de dados e informações**, podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

A elaboração do Planejamento Estratégico é precedida de mapeamentos, análises e diagnósticos de perfis e públicos de interesse?

ACHADO: Ausência de mapeamentos, análises e diagnósticos de perfis e públicos de interesse precedendo a elaboração do Planejamento Estratégico.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se realizar mapeamentos, análises e diagnósticos de perfis e públicos de interesse como etapa precedente à elaboração do Planejamento Estratégico. Essas atividades são fundamentais para identificar as necessidades, expectativas e características dos stakeholders relevantes, proporcionando insights valiosos para a definição de estratégias alinhadas com as demandas e objetivos da instituição.

A elaboração do Planejamento Estratégico leva em consideração dados e informações quanto aos resultados dos Planejamentos Estratégicos anteriores?

ACHADO: Ausência de consideração de dados e informações quanto aos resultados dos Planejamentos Estratégicos anteriores na elaboração do Planejamento Estratégico atual.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a elaboração do Planejamento Estratégico leve em consideração dados e informações quanto aos resultados dos Planejamentos Estratégicos anteriores. Isso inclui a análise crítica dos resultados alcançados, lições aprendidas e ajustes necessários, garantindo uma evolução contínua e aprimoramento das estratégias organizacionais ao longo do tempo.

Devido a falhas e obstáculos no escopo de Planejamento Estratégico, como **(2) baixa conectividade entre o planejamento orçamentário e a construção do planejamento estratégico**, podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

Existe conexão entre o Planejamento orçamentário e a construção do Planejamento Estratégico?

ACHADO: Ausência de conexão entre o Planejamento Orçamentário e a construção do Planejamento Estratégico.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer uma conexão efetiva entre o Planejamento Orçamentário e a construção do Planejamento Estratégico. Isso inclui integrar as diretrizes estratégicas com as projeções orçamentárias, garantindo que os recursos financeiros sejam alocados de maneira alinhada com as metas e iniciativas estratégicas definidas. Essa integração facilita a implementação eficaz das estratégias e a otimização dos recursos disponíveis.

Devido a falhas e obstáculos no escopo de Planejamento Estratégico, como **(3) ausência de objetivos e metas para atingimento de resultados**, podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

Existem objetivos e metas para atingimento de resultados do PEI?

ACHADO: Ausência de objetivos e metas claras para o atingimento de resultados do Planejamento Estratégico Institucional (PEI).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer objetivos e metas claras para o atingimento de resultados do Planejamento Estratégico Institucional (PEI). Isso inclui a definição de indicadores de desempenho mensuráveis e prazos para acompanhamento dos resultados, garantindo que as iniciativas estratégicas sejam monitoradas e ajustadas conforme necessário para alcançar os objetivos organizacionais definidos.

Devido a falhas e obstáculos no escopo de Planejamento Estratégico, como **(4) ausência de metodologias e fluxos ágeis que permitam a otimização do processo de trabalho (como ciclo de planejamento burocrático, etapas muito longas, metodologias e sistemas não aderentes à realidade da instituição),** podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

A metodologia do PEI é aderente à realidade da instituição?

ACHADO: A metodologia do Planejamento Estratégico Institucional (PEI) não está totalmente aderente à realidade da instituição, resultando em desafios na sua implementação e na obtenção dos resultados esperados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a revisão e adequação da metodologia do PEI, considerando as particularidades e a realidade atual da instituição, incluindo seus recursos, capacidades e contexto operacional.

O PEI utiliza um sistema informatizado?

ACHADO: O Planejamento Estratégico Institucional (PEI) não utiliza um sistema informatizado para a gestão e monitoramento de suas ações, o que pode dificultar o acompanhamento e a avaliação do desempenho.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a realização de um estudo de viabilidade financeira e orçamentária para a adoção de um sistema informatizado para a gestão e monitoramento do PEI, com o objetivo de melhorar a eficiência e a eficácia no acompanhamento das ações e na tomada de decisões.

Planejamento

Análise de Cenários (Ambiente Regulatório)

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a deficiências e impropriedades na gestão de Análise de Cenários nesse campo, como **(1)** não-coleta de dados e informações em fontes e portais eletrônicos de Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores (Poder Legislativo) que causem impactos à atividade salvaguardada do Profissional do Sistema, **(2)** ausência de coleta e análise de informações em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Judiciário e Executivo, como o Diário Oficial da União/DOU e Diário Oficial/DO de determinada UF, especialmente em áreas como educação, saúde e agropecuária, e tudo o mais que se refira à Gestão Pública, podem levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos estratégicos.

Face a deficiências e impropriedades na gestão de Análise de Cenários nesse campo, como **(1) não-coleta de dados e informações em fontes e portais eletrônicos de Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores (Poder Legislativo) que causem impactos à atividade salvaguardada do Profissional do Sistema**, podem levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos estratégicos.

São coletados os dados em fontes e portais eletrônicos de Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores (Poder Legislativo)?

ACHADO: Ausência de coleta de dados em fontes e portais eletrônicos de Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores (Poder Legislativo).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se iniciar a coleta de dados em fontes e portais eletrônicos de Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores (Poder Legislativo) como parte do processo de monitoramento e análise de informações relevantes para o Planejamento Estratégico. Isso pode fornecer insights sobre legislações em trâmite, políticas públicas em discussão e outras iniciativas que possam impactar as atividades e estratégias da instituição.

Face a deficiências e impropriedades na gestão de Análise de Cenários nesse campo, como **(2) ausência de coleta e análise de informações em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Judiciário e Executivo, como o Diário Oficial da União/DOU e Diário Oficial/DO de determinada UF, especialmente em áreas como educação, saúde e agropecuária, e tudo o mais que se refira à Gestão Pública**, podem levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos estratégicos.

Existe coleta/análise de dados em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Judiciário?

ACHADO: Ausência de coleta/análise de dados em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Judiciário.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se iniciar a coleta e análise de dados em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Judiciário. Isso pode fornecer insights valiosos sobre decisões judiciais, jurisprudência relevante, e temas legais que impactam as atividades e estratégias da instituição. Essa prática pode contribuir para uma melhor compreensão do ambiente jurídico e para a adoção de medidas estratégicas adequadas.

Existe coleta/análise de dados em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Executivo?

ACHADO: Ausência de coleta/análise de dados em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Executivo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se iniciar a coleta e análise de dados em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Executivo. Isso pode fornecer informações relevantes sobre políticas públicas, programas governamentais, regulamentações e outras iniciativas que impactam as atividades e estratégias da instituição. Essa prática pode contribuir significativamente para uma melhor compreensão do ambiente político e para a definição de estratégias alinhadas com as diretrizes governamentais.

Fiscalização

Fiscalização da Atuação de Profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A ausência da atividade fiscalizatória da Autarquia, ou mesmo a sua insuficiência/ineficiência, pode comprometer os atingimentos dos objetivos finalísticos da instituição como um todo, com riscos estratégicos.

Há o estabelecimento e cumprimento das metas do setor de fiscalização?

ACHADO: Ausência de estabelecimento e cumprimento das metas do setor de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer e monitorar metas claras para o setor de fiscalização. Isso inclui definir objetivos mensuráveis, prazos e indicadores de desempenho que permitam avaliar o cumprimento das metas estabelecidas. É essencial implementar um sistema de acompanhamento regular para garantir que as metas sejam alcançadas de maneira eficiente e eficaz, contribuindo para o fortalecimento das atividades de fiscalização e para o alcance dos objetivos institucionais relacionados à fiscalização.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A ausência de alocação efetiva de recursos financeiros, humanos e logísticos para fiscalização (como por exemplo número insuficientes de fiscais ou mesmo fiscais não médicos veterinários e/ou não devidamente capacitados) pode comprometer o atingimentos dos objetivos finalísticos da instituição como um todo, com riscos estratégicos.

Possui fiscais médicos veterinários concursados?

ACHADO: Ausência de fiscais médicos veterinários concursados na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se realizar um estudo de viabilidade para a contratação de fiscal(is) médico(s) veterinário(s) concursado(s). Este estudo deve considerar a disponibilidade de recursos e a necessidade de profissionais qualificados para fortalecer as atividades de fiscalização relacionadas à área veterinária.

A instituição possui plano de capacitação para os fiscais?

ACHADO: A instituição não possui um plano de capacitação formal para os fiscais.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um plano de capacitação para os fiscais. Este plano deve incluir treinamentos regulares e atualizações sobre legislação, técnicas de fiscalização e boas práticas, garantindo que os fiscais estejam sempre preparados e atualizados para desempenhar suas funções de maneira eficaz. Além disso, o plano deve ser revisado periodicamente para incorporar novas necessidades de capacitação e assegurar a melhoria contínua das competências dos fiscais.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A ausência da instituição de um Plano de Fiscalização, estabelecido a partir de estratégias (com atenção em Pessoas Jurídicas que geram maiores riscos, como empresas assessoradas por profissional com número excessivo de RTs), diretrizes (com o estabelecimento de roteiros de fiscalização) e técnicas de inovação (como implementação de ferramentas de otimização) pode comprometer o atingimentos dos objetivos finalísticos da instituição como um todo, com riscos estratégicos.

Possui Plano de Fiscalização?

ACHADO: A instituição não possui um Plano de Fiscalização formalmente documentado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se elaborar e implementar um Plano de Fiscalização formal, que detalhe os procedimentos, critérios e metas para as atividades de fiscalização. Esse plano deve ser revisado e atualizado periodicamente para refletir as mudanças nas demandas e regulamentações, garantindo a eficiência e a eficácia das atividades de fiscalização.

Estabelece critério de risco para estabelecimentos?

ACHADO: A instituição não possui critérios de risco formalmente definidos para os estabelecimentos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se definir e documentar critérios de risco para os estabelecimentos, para que as fiscalizações possam ser priorizadas de acordo com o nível de risco apresentado. Isso ajudará a garantir que os recursos de fiscalização sejam utilizados de maneira eficiente e eficaz, focando nas áreas de maior necessidade e potencial impacto.

Estabelece critério de risco para profissionais?

ACHADO: A instituição não possui critérios de risco formalmente definidos para os profissionais.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se definir e documentar critérios de risco para os profissionais, a fim de priorizar as fiscalizações de acordo com o nível de risco apresentado. Isso ajudará a garantir que os recursos de fiscalização sejam utilizados de maneira eficiente e eficaz, focando nas áreas de maior necessidade e potencial impacto.

Elabora roteiros de fiscalização?

ACHADO: O(s) fiscal(is) não elaboram roteiros de fiscalização formalizados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que os fiscais elaborem e formalizem roteiros de fiscalização. Esses roteiros devem detalhar os procedimentos, etapas e critérios a serem seguidos durante as fiscalizações, garantindo que todas as atividades sejam realizadas de maneira consistente e padronizada.

Os diretores participam da elaboração do plano de fiscalização?

ACHADO: Os diretores não participam da elaboração do plano de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que os diretores participem ativamente da elaboração do plano de fiscalização. A participação dos diretores é crucial para garantir que o plano de fiscalização esteja alinhado com as diretrizes estratégicas da instituição e que todas as áreas relevantes sejam consideradas. Isso também facilita a implementação eficaz do plano, promovendo uma abordagem integrada e colaborativa para as atividades de fiscalização.

Os fiscais participam da elaboração do plano de fiscalização?

ACHADO: Os fiscais não participam da elaboração do plano de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que os fiscais participem ativamente da elaboração do plano de fiscalização. A inclusão dos fiscais no processo de elaboração é fundamental para garantir que o plano seja prático e exequível, considerando a experiência e o conhecimento de campo dos fiscais. Além disso, essa participação pode aumentar o comprometimento e a eficácia na implementação do plano de fiscalização.

O setor jurídico participa da elaboração do plano de fiscalização?

ACHADO: O setor jurídico não participa da elaboração do plano de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que o setor jurídico participe ativamente da elaboração do plano de fiscalização. A inclusão do setor jurídico é crucial para garantir que o plano esteja em conformidade com as leis e regulamentações aplicáveis, minimizando riscos legais e assegurando que todas as ações de fiscalização sejam juridicamente sustentáveis.

Outros setores participam do plano de fiscalização?

ACHADO: Outros setores relevantes não participam da elaboração do plano de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que outros setores relevantes participem ativamente da elaboração do plano de fiscalização. A inclusão de diferentes setores, como financeiro, operacional e de recursos humanos, pode fornecer perspectivas valiosas e garantir que o plano de fiscalização seja abrangente e eficaz. Essa colaboração interdisciplinar contribui para um melhor alinhamento das ações e maior eficiência na execução das atividades de fiscalização.

Possui coordenador responsável pelo monitoramento do cumprimento do plano de ação?

ACHADO: A instituição não possui um coordenador específico responsável pelo monitoramento do cumprimento do plano de ação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se designar um coordenador específico para ser responsável pelo monitoramento do cumprimento do plano de ação. Esse coordenador deve garantir que todas as ações planejadas sejam executadas dentro dos prazos estabelecidos e que quaisquer desvios sejam rapidamente identificados e corrigidos.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a impropriedades verificadas na Gestão da Fiscalização no âmbito da Autarquia, como processo de fiscalização sem o estabelecimento de critérios objetivos de análise a partir da legislação e jurisprudência local, sem a devida segurança jurídica pode levar a Diretoria a erro, com riscos estratégicos.

Existe processo de fiscalização com estabelecimento de critérios de análise a partir da legislação e jurisprudência local, com segurança jurídica?

ACHADO: Não existe um processo de fiscalização formalizado com estabelecimento de critérios de análise a partir da legislação e jurisprudência local, com segurança jurídica.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se formalizar um processo de fiscalização que estabeleça critérios de análise baseados na legislação e jurisprudência local, garantindo segurança jurídica. Isso inclui a criação de diretrizes claras e documentadas que orientem os fiscais sobre como conduzir as análises e decisões, assegurando que todas as ações estejam em conformidade com as leis aplicáveis e as decisões judiciais pertinentes.

Utiliza Legislação Estadual nos processos de fiscalização?

ACHADO: A instituição não utiliza Legislação Estadual nos processos de fiscalização

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Se for entendimento do Conselho Regional e se for aplicado ao caso, recomenda-se que a Instituição passe a utilizar Legislação Estadual nos processos de fiscalização. Isso ajudará a garantir que as ações de fiscalização estejam em conformidade com todas as regulamentações aplicáveis, aumentando a eficácia e a segurança jurídica dos processos.

Utiliza Legislações Municipais nos processos de fiscalização?

ACHADO: A instituição não utiliza Legislações Municipais nos processos de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Se for entendimento do Conselho Regional e se for aplicado ao caso, recomenda-se que a Instituição passe a utilizar Legislações Municipais nos processos de fiscalização. Isso ajudará a garantir que as ações de fiscalização estejam em conformidade com todas as regulamentações aplicáveis, aumentando a eficácia e a segurança jurídica dos processos.

Verifica a jurisprudência local para o estabelecimento de critérios de fiscalização?

ACHADO: A instituição não verifica a jurisprudência local para o estabelecimento de critérios de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição passe a verificar a jurisprudência local ao estabelecer critérios de fiscalização. Isso ajudará a garantir que os critérios adotados estejam em conformidade com as decisões judiciais locais, proporcionando maior segurança jurídica e eficácia nas ações de fiscalização.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a impropriedades verificadas na Gestão da Fiscalização no âmbito da Autarquia, como desalinhamento de métodos e procedimentos entre os entes envolvidos na Gestão da Fiscalização, em especial no relacionamento com Setores Jurídico e Administrativo, e mesmo a ausência de um Sistema de Gestão para o devido acompanhamento dos processos de fiscalização pode a Diretoria pode ser levada a erro, com riscos estratégicos.

O setor jurídico participa de ações ou procedimentos envolvidos na gestão ou na execução da fiscalização?

ACHADO: O setor jurídico não participa de ações ou procedimentos envolvidos na gestão ou na execução da fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que o setor jurídico passe a participar ativamente das ações e procedimentos envolvidos na gestão e na execução da fiscalização. A inclusão do setor jurídico é fundamental para garantir que todas as atividades de fiscalização estejam em

conformidade com as leis e regulamentações aplicáveis, minimizando riscos legais e assegurando a segurança jurídica em todas as etapas do processo de fiscalização.

O setor administrativo participa de ações ou procedimentos envolvidos na gestão ou na execução da fiscalização?

ACHADO: O setor administrativo não participa de ações ou procedimentos envolvidos na gestão ou na execução da fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que o setor administrativo passe a participar ativamente das ações e procedimentos envolvidos na gestão e na execução da fiscalização. A inclusão do setor administrativo é essencial para garantir que os processos administrativos que suportam a fiscalização sejam eficientes e bem coordenados, contribuindo para a eficácia geral das atividades de fiscalização.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a impropriedades elencadas na Gestão do Processo de Fiscalização, tal como **(1) erros no preenchimento dos formulários (Termos de Fiscalização e autos)**, **(2) descompasso entre os comprovantes de fiscalizações realizadas versus relatórios gerados**, **(3) descumprimento de orientações, treinamentos, capacitações e atos normativos**, **(4) não-realização ou lentidão na verificação de denúncias recebidas**, tudo poderá levar a Alta Administração do Conselho a erros em suas decisões, com riscos estratégicos.

Devido a impropriedades elencadas na Gestão do Processo de Fiscalização, tal como **(1) erros no preenchimento dos formulários (Termos de Fiscalização e autos)**, tudo poderá levar a Alta Administração do Conselho a erros em suas decisões, com riscos estratégicos.

Monitora, por meio de relatórios, os erros de preenchimentos de autos e formulários gerados pelos fiscais?

ACHADO: Não há monitoramento sistemático, por meio de relatórios, dos erros de preenchimento de autos e formulários gerados pelos fiscais.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um sistema de monitoramento, por meio de relatórios, para identificar e corrigir erros de preenchimento de autos e formulários gerados pelos fiscais. Isso ajudará a melhorar a precisão e a qualidade dos documentos, garantindo a conformidade com os padrões estabelecidos e aumentando a eficiência das atividades de fiscalização.

Toma medidas corretivas em eventual desvios encontrados?

ACHADO: Não são tomadas medidas corretivas sistemáticas em eventuais desvios encontrados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um processo formal para tomar medidas corretivas em eventuais desvios encontrados. Esse processo deve incluir a identificação dos desvios, a análise de suas causas, a definição de ações corretivas específicas e o monitoramento de sua implementação para garantir que os problemas sejam resolvidos de maneira eficaz e permanente.

Devido a impropriedades elencadas na Gestão do Processo de Fiscalização, tal como **(2) descompasso entre os comprovantes de fiscalizações realizadas versus relatórios gerados**, tudo poderá levar a Alta Administração do Conselho a erros em suas decisões, com riscos estratégicos.

Monitora as atividades dos fiscais, para verificação da efetiva realização das ações programadas?

ACHADO: Não há um monitoramento sistemático das atividades dos fiscais para verificar a efetiva realização das ações programadas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um sistema de monitoramento das atividades dos fiscais, garantindo a verificação contínua e sistemática da efetiva realização das ações programadas. Esse sistema deve incluir a definição de indicadores de desempenho, a coleta regular de dados e a análise desses dados para identificar desvios e oportunidades de melhoria.

Os dados dos relatórios gerados pelos fiscais estão em sintonia com os comprovantes de fiscalização?

ACHADO: Os dados dos relatórios gerados pelos fiscais não estão em sintonia com os comprovantes de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se realizar uma revisão sistemática dos dados dos relatórios gerados pelos fiscais em comparação com os comprovantes de fiscalização, para garantir a consistência e a precisão das informações. Essa revisão deve incluir a identificação e correção de discrepâncias, bem como a implementação de procedimentos de verificação para assegurar que os dados registrados reflitam fielmente as atividades de fiscalização realizadas.

Devido a impropriedades elencadas na Gestão do Processo de Fiscalização, tal como **(3) descumprimento de orientações, treinamentos, capacitações e atos normativos**, tudo poderá levar a Alta Administração do Conselho a erros em suas decisões, com riscos estratégicos.

É registrado o descumprimento, por parte dos fiscais, de orientações, treinamentos, capacitações e atos normativos?

ACHADO: Há registros de descumprimento, por parte dos fiscais, de orientações, treinamentos, capacitações e atos normativos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se analisar os motivos dos descumprimentos registrados e implementar ações corretivas específicas para abordar essas questões. Isso pode incluir reforço nas orientações e treinamentos, acompanhamento mais próximo dos fiscais e, se necessário, medidas disciplinares para assegurar o cumprimento das normativas estabelecidas.

Utiliza o Manual Nacional de Fiscalização?

ACHADO: A instituição não utiliza o Manual Nacional de Fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição adote e utilize o Manual Nacional de Fiscalização. A adoção deste manual ajudará a garantir a padronização e a consistência das atividades de fiscalização, promovendo a conformidade com as diretrizes estabelecidas e melhorando a eficácia e a eficiência dos processos.

Devido a impropriedades elencadas na Gestão do Processo de Fiscalização, tal como **(4) não-realização ou lentidão na verificação de denúncias recebidas**, tudo poderá levar a Alta Administração do Conselho a erros em suas decisões, com riscos estratégicos.

Todas as denúncias recebidas são verificadas?

ACHADO: Nem todas as denúncias recebidas são verificadas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um processo que garanta a verificação de todas as denúncias recebidas. Isso inclui a criação de procedimentos claros para o recebimento, triagem, priorização e investigação de denúncias, assegurando que todas sejam tratadas de maneira adequada e oportuna, aumentando a confiança e a transparência das atividades de fiscalização.

Existe normativo com prazo para verificação das denúncias recebidas?

ACHADO: Não existe um normativo com prazo definido para a verificação das denúncias recebidas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um normativo que estabeleça prazos claros para a verificação das denúncias recebidas. Este normativo deve definir os procedimentos e os tempos máximos para a triagem, análise e resposta às denúncias, garantindo agilidade e eficácia no tratamento das mesmas e aumentando a transparência e a confiança no processo de fiscalização.

O prazo previsto em normativo para verificação das denúncias recebidas é cumprido?

ACHADO: O prazo previsto em normativo para verificação das denúncias recebidas não é cumprido consistentemente.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se reforçar os mecanismos de controle e monitoramento para garantir o cumprimento dos prazos previstos no normativo para verificação das denúncias recebidas. Isso pode incluir a implementação de um sistema de acompanhamento das denúncias e a designação de responsáveis específicos para assegurar a conformidade com os prazos estabelecidos.

Existe sistema de recebimento de denúncias de fiscalização?

ACHADO: Não existe um sistema formal de recebimento de denúncias de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de um sistema formal de recebimento de denúncias de fiscalização. Esse sistema deve ser acessível e eficiente, permitindo que as denúncias sejam registradas, triadas e encaminhadas para investigação de maneira organizada e sistemática. A adoção de um sistema formal contribui para a transparência, a rastreabilidade e a eficiência no tratamento das denúncias recebidas.

Coordenação e Assessoria

Gestão de Gabinete (Diretoria Executiva)

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Em decorrência da ausência de planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência, a análise de processos internos e externos poderá acarretar **(1) um dispêndio de tempo excessivo, ocasionado uma deliberação inócua ou ineficiente, (2) uma tomada decisão açodada, não fundamentada em pareceres técnicos ou exames sobre o impacto decorrente, com riscos estratégicos.**

Em decorrência da ausência de planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência, a análise de processos internos e externos poderá acarretar **(1) um dispêndio de tempo excessivo, ocasionado uma deliberação inócua ou ineficiente, com riscos estratégicos.**

Existe documentação que comprova o planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência?

ACHADO: Não existe documentação que comprove o planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se elaborar e manter documentação formal que comprove o planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência, garantindo transparência e facilitando o acompanhamento e a avaliação do cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Existe plano de ação das atividades do Gabinete da Presidência?

ACHADO: Não existe um plano de ação formalizado para as atividades do Gabinete da Presidência.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se elaborar e formalizar um plano de ação para as atividades do Gabinete da Presidência. Este plano deve incluir objetivos claros, metas específicas, prazos definidos e responsáveis por cada ação, assegurando um planejamento estratégico e organizado das atividades. A implementação de um plano de ação contribui para a eficiência, a transparência e o alcance dos objetivos institucionais.

O plano de ação das atividades do Gabinete da Presidência é cumprido?

ACHADO: O plano de ação das atividades do Gabinete da Presidência não é cumprido de forma consistente.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se reforçar os mecanismos de monitoramento e acompanhamento do cumprimento do plano de ação das atividades do Gabinete da Presidência. Isso pode incluir a designação de um responsável pelo monitoramento, a realização de reuniões periódicas de revisão do progresso e a implementação de indicadores de desempenho para garantir que todas as ações planejadas sejam executadas conforme previsto.

Em decorrência da ausência de planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência, a análise de processos internos e externos poderá acarretar **(2) uma tomada decisão açodada, não fundamentada em pareceres técnicos ou exames sobre o impacto decorrente, com riscos estratégicos.**

Existe fluxo das atividades do Gabinete da Presidência?

ACHADO: Não existe um fluxo formalizado das atividades do Gabinete da Presidência.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se elaborar e formalizar um fluxo das atividades do Gabinete da Presidência. Este fluxo deve mapear todas as etapas e processos envolvidos nas atividades, definindo responsabilidades e prazos para cada tarefa. A formalização do fluxo de atividades contribui para a organização, a eficiência e a clareza na execução das ações, facilitando o acompanhamento e a gestão das demandas do gabinete.

As tomadas de decisões do Gabinete da Presidência são realizadas de forma tempestiva/ planejada/ analisada?

ACHADO: As tomadas de decisões do Gabinete da Presidência não são realizadas de forma tempestiva, planejada e analisada consistentemente.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um processo estruturado para as tomadas de decisões do Gabinete da Presidência, garantindo que sejam realizadas de forma tempestiva, planejada e analisada. Este processo deve incluir a definição de critérios claros para a tomada de decisões, a realização de análises detalhadas e a documentação de todas as etapas do processo decisório. A adoção desse procedimento contribui para a eficiência, a transparência e a qualidade das decisões tomadas pelo gabinete.

As tomadas de decisões do Gabinete da Presidência são fundamentadas em pareceres técnicos?

ACHADO: As tomadas de decisões do Gabinete da Presidência não são consistentemente fundamentadas em pareceres técnicos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que todas as tomadas de decisões do Gabinete da Presidência sejam fundamentadas em pareceres técnicos detalhados. Isso garante que as decisões sejam bem informadas e baseadas em análises e dados técnicos robustos. A adoção dessa prática pode aumentar a qualidade e a eficácia das decisões, além de proporcionar maior transparência e confiança no processo decisório.

Há exames sobre o impacto da ausência de planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência?

ACHADO: Não há exames ou análises sobre o impacto da ausência de planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se realizar exames e análises detalhadas para avaliar o impacto da ausência de planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência. Esses exames devem identificar as consequências e os riscos associados à falta de planejamento, permitindo a implementação de medidas corretivas e melhorias no processo de planejamento para garantir a eficiência e a eficácia na gestão das demandas.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A demora ou precipitação no posicionamento do Conselho perante fatos e notícias de grande impacto à Medicina Veterinária e Zootecnia, sendo a Autarquia referência científica e fonte de informação oficial para imprensa e sociedade como autoridade máxima e formador de opinião pública, pode levar a instituição e seus diretores a erro, com riscos estratégicos.

Possui normativo interno quanto a regras e procedimentos no posicionamento do Conselho perante fatos e notícias de grande impacto à Medicina Veterinária e Zootecnia?

ACHADO: A instituição não possui um normativo interno quanto a regras e procedimentos no posicionamento do Conselho perante fatos e notícias de grande impacto à Medicina Veterinária e Zootecnia.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um normativo interno que estabeleça regras e procedimentos claros para o posicionamento do Conselho perante fatos e notícias de grande impacto à Medicina Veterinária e Zootecnia. Esse normativo deve incluir diretrizes sobre como responder de maneira eficaz e coordenada, garantindo que a comunicação seja consistente, transparente e alinhada com os princípios e objetivos do Conselho.

A Autarquia conta com área/setor de comunicação, para assessoramento perante o risco apresentado?

ACHADO: A Autarquia não conta com uma área/setor de comunicação dedicada para assessoramento perante o risco apresentado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a criação de uma área ou setor de comunicação dentro da Autarquia, com a responsabilidade de assessorar perante os riscos apresentados. Este setor deve ser capacitado para gerenciar crises, comunicar-se eficazmente com o público e as partes interessadas, e garantir que todas as informações sejam transmitidas de maneira clara e precisa. A presença de um setor de comunicação especializado pode melhorar a resposta da Autarquia a situações de risco e fortalecer sua imagem pública.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: O baixo relacionamento institucional com stakeholders (fornecedores, órgãos de controle e fiscalização, outros conselhos de classe, governo, mercado e academia) pode fazer com que o Conselho se desconecte de políticas públicas, cenários e oportunidades aos Profissionais Médico Veterinários e Zootecnistas, colocando a Autarquia em riscos de conformidade, estratégicos e operacionais.

Consta no Planejamento Estratégico da instituição metas e projetos de relacionamento institucional?

ACHADO: O Planejamento Estratégico da instituição não inclui metas e projetos específicos de relacionamento institucional.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que o Planejamento Estratégico da instituição seja revisado para incluir metas e projetos específicos de relacionamento institucional. Isso pode envolver o estabelecimento de objetivos claros para o desenvolvimento de parcerias, a melhoria da comunicação com stakeholders e a promoção da colaboração entre diferentes entidades. A inclusão dessas metas e projetos ajudará a fortalecer os relacionamentos institucionais e a alcançar os objetivos organizacionais de maneira mais eficaz.

Existe plano de ação na instituição associado a relacionamento institucional?

ACHADO: A instituição não possui um plano de ação específico associado ao relacionamento institucional.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um plano de ação específico para o relacionamento institucional. Este plano deve incluir objetivos claros, estratégias de engajamento, atividades programadas e indicadores de desempenho para

monitorar o progresso. A adoção de um plano de ação focado no relacionamento institucional ajudará a fortalecer as parcerias, melhorar a comunicação e promover a colaboração eficaz com stakeholders e outras entidades relevantes.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: O alto índice de inadimplência em determinados Regionais, que acaba por comprometer a gestão, sustentabilidade do Sistema CFMV/CRMVs, ações de fiscalização e a própria arrecadação das Autarquias como um todo, pode levar os Diretores a erro na tomada de decisão, com riscos estratégicos.

Foram adotadas medidas para a redução do índice de inadimplência?

ACHADO: Não foram adotadas medidas específicas para a redução do índice de inadimplência.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a adoção de medidas específicas para a redução do índice de inadimplência. Estas medidas podem incluir o envio de notificações e lembretes de pagamento, a implementação de planos e o reforço da comunicação com os devedores. A implementação dessas ações pode contribuir para a redução da inadimplência, melhorando a saúde financeira da instituição.

A medidas adotadas reduziram o índice de inadimplência?

ACHADO: As medidas adotadas não resultaram em uma redução significativa do índice de inadimplência.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se uma reavaliação das medidas atualmente adotadas para a redução do índice de inadimplência. Deve-se identificar os fatores que contribuíram para a ineficácia das ações e implementar novas estratégias. A monitorização contínua dos resultados e a adaptação das medidas conforme necessário podem ajudar a alcançar uma redução mais eficaz da inadimplência.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a inconsistências na Gestão específica de Processos Ético-Profissionais/PEPs, tal como **(1)** instauração de processos sem os devidos requisitos formais, podendo ensejar até mesmo seu arquivamento sem análise da sua fundamentação legal e escrita, **(2)** análise equivocada de documentação e requisitos dos PEPs, levando a não-aplicação de penalidades ao profissional, **(3)** análise equivocada de documentação e requisitos dos PEPs, levando a prescrição de prazo, por lento andamento processual, **(4)** não-divulgação à sociedade das penalidades públicas e possíveis multas em sequência ao trânsito em julgado de tais processos, **(5)** não-anotação na ficha do profissional (ou base de dados) das sanções aplicadas, para informação acerca de possível reincidência, **(6)** exercício de atividades pelo profissional enquanto suspenso ou mesmo cassado, podem levar a Diretoria a erros, com riscos estratégicos, de conformidade e operacionais.

Face a inconsistências na Gestão específica de Processos Ético-Profissionais/PEPs, tal como **(2) análise equivocada de documentação e requisitos dos PEPs, levando a não-aplicação de penalidades ao profissional**, podem levar a Diretoria a erros, com riscos estratégicos, de conformidade e operacionais.

A análise da documentação/requisitos dos PEPs seguem o rito processual da legislação vigente?

ACHADO: A análise da documentação/requisitos dos PEPs não segue consistentemente o rito processual estabelecido pela legislação vigente.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: Evidência ao item de auditoria 6.1.5.2.a.a

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a análise da documentação e dos requisitos dos PEPs siga rigorosamente o rito processual da legislação vigente. Isso inclui a verificação detalhada de todos os documentos, o cumprimento dos prazos processuais e a observância das etapas procedimentais definidas pela lei. A aderência a esses procedimentos garante a legalidade, a transparência e a justiça dos processos ético-profissionais, fortalecendo a confiança no sistema e assegurando a proteção dos direitos das partes envolvidas.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A descontinuidade técnica e institucional de políticas, programas e projetos, sob condução do Conselho, principalmente nas ocasiões de transição política de Gestão, pode levar o Conselho a tomada de decisão equivocada, com riscos estratégicos.

Existe normativo que garanta, quando da transição de Gestão, a continuidade técnica e institucional de políticas, programas e projetos, sob condução do Conselho?

ACHADO: Ausência de normativo que garanta, durante a transição de gestão, a continuidade técnica e institucional de políticas, programas e projetos conduzidos pelo Conselho.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se elaborar e implementar um normativo específico que assegure a continuidade técnica e institucional de políticas, programas e projetos durante a transição de gestão. Este normativo deve detalhar diretrizes claras para a documentação, transferência de conhecimento e responsabilidades, garantindo a continuidade efetiva das iniciativas estratégicas do Conselho.

Quando da troca de gestão após a realização do processo eleitoral, há procedimento ou plano de ação que garanta a continuidade técnica e institucional de políticas, programas e projetos, sob condução do Conselho?

ACHADO: Ausência de procedimento ou plano de ação que garanta a continuidade técnica e institucional de políticas, programas e projetos sob condução do Conselho durante a troca de gestão após o processo eleitoral.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se desenvolver e implementar um procedimento ou plano de ação detalhado que assegure a continuidade técnica e institucional de políticas, programas e projetos após a realização do processo eleitoral. Este plano deve incluir diretrizes para a transferência de conhecimento, documentação adequada, definição clara de responsabilidades e cronograma de transição, garantindo que as iniciativas estratégicas do Conselho não sejam interrompidas durante a troca de gestão.

Coordenação e Assessoria

Gestão de Convênios

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas, indícios e impropriedades na Gestão de Convênios, como (1) utilização de recursos para finalidade diferentes e/ou não previstas no Convênio, (2) realização de despesas fora da vigência do convênio, (3) transferência de recursos da conta corrente específica para outras contas, (4) saque total ou parcial dos recursos do convênio sem levar em conta o cronograma físico-financeiro de execução do objeto, (5) saque dos recursos para pagamento de despesas em espécie sem autorização legal, (6) pagamento sem atesto a fornecedores de bens e serviço, a Diretoria Executiva poderá ser levada a erros, (7) pagamento antecipado a fornecedores de bens e serviço, (8) retirada de recursos para outras finalidades com posterior ressarcimento, (9) própria ausência de procedimentos técnicos internos, (10) própria ausência de procedimentos técnicos internos, sem profissionais com conhecimento para exercício de tais atribuições,

(11) ausência de conciliação entre os débitos em conta e os pagamentos efetuados, (12) não-aplicação ou não-comprovação de contrapartida, (13) ausência de aplicação de recursos do convênio no mercado financeiro, quando o prazo previsto de utilização for superior a 30 dias, (14) uso dos rendimentos de aplicação financeira para finalidade diferente da prevista no convênio, (15) não devolução do saldo financeiro ao Concedente, a Diretoria Executiva poderá ser levada a erros, com riscos estratégicos.

Devido a falhas, indícios e impropriedades na Gestão de Convênios, como **(10) própria ausência de procedimentos técnicos internos, sem profissionais com conhecimento para exercício de tais atribuições**, a Diretoria Executiva poderá ser levada a erros, com riscos estratégicos.

(Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Quem desempenha as atividades relacionadas à gestão do convênio foi capacitado?

ACHADO: Identificação de ausência de capacitação das pessoas responsáveis pelas atividades relacionadas à gestão do convênio durante o período auditado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 82/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um programa de capacitação contínua para as pessoas envolvidas na gestão de convênios, garantindo que possuam o conhecimento e as habilidades necessárias para executar suas funções de forma eficaz e em conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas, indícios e impropriedades na Gestão de Convênios, como: **(1)** ausência de nomeação do Gestor e do Fiscal de Convênio, nos termos da legislação e em cláusula de Termo de Convênio, **(2)** aceitação de documentos inidôneos e/ou falsificados para comprovação de despesas, **(3)** aceitação e apresentação aos Órgãos de Controle de Notas Fiscais sem identificação do nº do Convênio, **(4)** emissão de cheques e/ou ordens de pagamento ao portador, a Diretoria Executiva poderá ser levada a erros, com riscos estratégicos.

Devido a falhas, indícios e impropriedades na Gestão de Convênios, como: **(1) ausência de nomeação do Gestor e do Fiscal de Convênio, nos termos da legislação e em cláusula de Termo de Convênio**, a Diretoria Executiva poderá ser levada a erros, com riscos estratégicos.

(Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Foi designado fiscal do contrato de convênio?

ACHADO: Ausência de designação de fiscal do contrato de convênio.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 82/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se designar um fiscal do contrato de convênio responsável pela fiscalização e acompanhamento da execução do objeto pactuado. Este fiscal deve possuir capacitação adequada e estar devidamente autorizado para monitorar o cumprimento das cláusulas contratuais, garantindo assim a transparência, eficácia e conformidade na gestão dos convênios

(Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Existe portaria de nomeação para o empregado desempenhar as atividades relacionadas ao convênio?

ACHADO: Ausência de portaria de nomeação para o empregado desempenhar as atividades relacionadas ao convênio durante o período auditado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 82/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se emitir uma portaria de nomeação formalizando a atribuição do empregado responsável por desempenhar as atividades relacionadas ao convênio. Esta portaria deve especificar claramente as responsabilidades do empregado, sua autoridade para representar a instituição nos assuntos relacionados ao convênio, e os limites de suas atribuições. Além disso, é importante garantir que o empregado designado possua a capacitação necessária para realizar suas funções de maneira eficaz e em conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis.

Coordenação e Assessoria

Gestão de Assessoria Técnica

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A ocorrência de falhas na Gestão de Assessoria, tal como **(1)** ausência da própria área de Assessoria Técnica ou mesmo de profissionais que exerçam tais atribuições (preferencialmente Médicos Veterinários ou Zootecnistas), **(2)** ausência de definição de estratégias e prioridades pela Alta Administração junto à Assessoria e demais áreas, **(3)** desalinhamento entre Diretoria Executiva - Assessoria - Administrativo - Jurídico, **(4)** distanciamento entre a Assessoria Técnica e a área de Fiscalização, podem levar a Gestão da Autarquia a tomada de decisão equivocada, com riscos estratégicos.

A ocorrência de falhas na Gestão de Assessoria, tal como **(2) ausência de definição de estratégias e prioridades pela Alta Administração junto à Assessoria e demais áreas**, podem levar a Gestão da Autarquia a tomada de decisão equivocada, com riscos estratégicos.

Há planejamento das ações de Assessoria Técnica?

ACHADO: Ausência de planejamento das ações de Assessoria Técnica

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 83/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se desenvolver um planejamento detalhado das ações de Assessoria Técnica, delineando objetivos, metas, estratégias e recursos necessários para a execução eficaz das atividades. Este planejamento deve considerar as necessidades específicas da instituição e estabelecer um cronograma claro para implementação das ações. Além disso, é importante envolver os profissionais responsáveis pela assessoria técnica na elaboração do planejamento, garantindo o alinhamento das atividades com as diretrizes estratégicas e operacionais da organização. O planejamento das ações de Assessoria Técnica ajudará a otimizar o uso de recursos e a promover resultados mais eficientes e eficazes para a instituição.

A ocorrência de falhas na Gestão de Assessoria, tal como **(3) desalinhamento entre Diretoria Executiva - Assessoria - Administrativo - Jurídico**, podem levar a Gestão da Autarquia a tomada de decisão equivocada, com riscos estratégicos.

Acontecem reuniões da Assessoria Técnica com a Diretoria Executiva e também com os Setores de Fiscalização, Jurídico e Administrativo?

ACHADO: Ausência de reuniões da Assessoria Técnica com a Diretoria Executiva e os Setores de Fiscalização, Jurídico e Administrativo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 83/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer um cronograma regular de reuniões da Assessoria Técnica com a Diretoria Executiva e os Setores de Fiscalização, Jurídico e Administrativo. Estas reuniões devem ocorrer periodicamente para discutir questões técnicas relevantes, alinhar estratégias e ações, e promover uma comunicação eficaz entre os diferentes setores da instituição. É essencial que as reuniões sejam bem planejadas,

documentadas e que haja um acompanhamento das decisões e encaminhamentos acordados, visando fortalecer a integração e o apoio técnico necessário para as atividades da instituição.

A ocorrência de falhas na Gestão de Assessoria, tal como **(4) distanciamento entre a Assessoria Técnica e a área de Fiscalização**, podem levar a Gestão da Autarquia a tomada de decisão equivocada, com riscos estratégicos.

A Assessoria Técnica participa/gerencia a atividade de fiscalização?

ACHADO: Ausência de participação ou gestão da Assessoria Técnica na atividade de fiscalização.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 83/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se revisar a estrutura organizacional e as atribuições da Assessoria Técnica para integrar sua participação na atividade de fiscalização, conforme apropriado às necessidades e responsabilidades da instituição. Isso pode incluir a definição clara de papéis e responsabilidades da Assessoria Técnica em apoio às atividades de fiscalização, garantindo assim uma colaboração eficaz entre as áreas técnicas e operacionais da organização.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Quando o Assessoramento Técnico é realizado por Comissões Assessoras, a ausência de diretrizes, normatização e foco único, alinhados com o Planejamento Estratégico, pode gerar uma baixa produtividade ou mesmo produtividade divergente, decorrente do desvio de finalidade da Assessoria Técnica, que prima pelo atingimento de objetivos traçados pela própria Comissão em desacordo com os buscados pela instituição, levando a Alta Direção a tomada de decisões equivocadas e intempestivas, com riscos estratégicos.

No planejamento estratégico existem ações voltadas para Comissões Assessoras?

ACHADO: Ausência de ações voltadas para Comissões Assessoras no planejamento estratégico

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 83/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se incorporar no planejamento estratégico ações específicas voltadas para as Comissões Assessoras, considerando sua importância na contribuição com expertise técnica e estratégica para as atividades da instituição. Essas ações devem incluir a definição de objetivos claros para as Comissões Assessoras, a alocação de recursos necessários, a implementação de mecanismos de acompanhamento e avaliação de desempenho, bem como o fortalecimento da integração das Comissões com as demais áreas e processos organizacionais. É fundamental que as ações planejadas estejam alinhadas com os objetivos gerais do planejamento estratégico da instituição, visando potencializar o impacto positivo das Comissões Assessoras nas decisões e atividades institucionais.

Existem diretrizes, normatização e foco único, alinhados com o Planejamento Estratégico, voltados para o assessoramento técnico?

ACHADO: Ausência de diretrizes, normatização e foco único alinhados com o Planejamento Estratégico para o assessoramento técnico.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 83/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se desenvolver diretrizes e normativas claras, alinhadas com o Planejamento Estratégico da instituição, voltadas para o assessoramento técnico. Isso inclui a elaboração de políticas e procedimentos que definam o papel, as responsabilidades e as metas das áreas de assessoria técnica, garantindo que suas atividades estejam alinhadas com os objetivos estratégicos da organização. Além disso, é importante promover uma cultura organizacional que valorize o assessoramento técnico como um componente

essencial para o alcance das metas institucionais, incentivando a colaboração e a integração entre as diferentes áreas e setores da instituição.

Coordenação e Assessoria

Gestão da Assessoria Jurídica

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A atuação dos Departamentos e Unidades Jurídicas do Sistema CFMV/CRMVs (por serem estruturados de modo não padronizado e por nem sempre serem integrados por servidores efetivos) pode ser comprometida em razão da descontinuidade decorrente da rotatividade própria e relacionada à mudança trienal de gestores, trazendo impacto às respectivas Diretorias e Plenários, com riscos estratégicos.

O assessoramento jurídico é prestado por empregado efetivo?

ACHADO: O assessoramento jurídico não é prestado por empregado efetivo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 6.1.1.1.b.

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se realizar a contratação de um empregado efetivo para exercer o assessoramento jurídico por meio de concurso público, assegurando assim a transparência e a igualdade na seleção do profissional. É fundamental que o regional avalie as questões financeiras e orçamentárias pertinentes para viabilizar esta contratação de forma sustentável e dentro dos recursos disponíveis. Esta medida garantirá uma assessoria jurídica contínua, alinhada e integrada às necessidades e demandas da instituição, proporcionando maior estabilidade e expertise nas questões legais enfrentadas pela organização.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A atuação dos Departamentos e Unidades Jurídicas do Sistema CFMV/CRMVs (por serem estruturados de modo não padronizado/sistematizado e por nem sempre serem integrados por servidores efetivos) pode ser comprometida em razão da não previsão de atuação jurídica em todas as frentes (consultiva, contenciosa e judicante), bem como em razão da ausência de capacitações (reciclagem de conhecimentos) para o seu corpo jurídico e corpo administrativo, bem como o baixo uso de soluções tecnológicas, trazendo impacto às respectivas Diretorias e Plenários, com riscos estratégicos.

Existem soluções tecnológicas à disposição do departamento jurídico destinadas a auxiliar no desenvolvimento dos serviços prestados?

ACHADO: Ausência de soluções tecnológicas disponíveis no departamento jurídico destinadas a auxiliar no desenvolvimento dos serviços prestados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 84/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar soluções tecnológicas adequadas no departamento jurídico para auxiliar no desenvolvimento e na eficiência dos serviços prestados. Isso pode incluir a adoção de sistemas de gestão de processos judiciais, ferramentas de pesquisa jurídica, automação de documentos legais, entre outros recursos tecnológicos que possam otimizar as atividades da assessoria jurídica.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido à inconsistência na gestão de processos organizacionais afetos à Gestão Jurídica, tal como **(1)** ausência de definição de estratégias e diretrizes para o setor, vindas da Alta Administração, com estabelecimento claro e objetivo de um plano de atuação em casos sensíveis, **(2)** ausência/dificuldade de atuação e/ou interlocução do setor Jurídico com os outros setores da Autarquia (como Fiscalização, Cobrança, Dívida Ativa, Julgamento/Processamento dos Processos Éticos Profissionais, Assessoria Técnica, Licitações), a Diretoria Executiva e Plenário podem ser levados à tomada de decisões equivocadas, com riscos estratégicos.

Devido à inconsistência na gestão de processos organizacionais afetos à Gestão Jurídica, tal como **(1) ausência de definição de estratégias e diretrizes para o setor, vindas da Alta Administração, com estabelecimento claro e objetivo de um plano de atuação em casos sensíveis**, a Diretoria Executiva e Plenário podem ser levados à tomada de decisões equivocadas, com riscos estratégicos.

A atuação da assessoria jurídica é orientada por estratégias e diretrizes ditadas pela gestão do regional?

ACHADO: A atuação da assessoria jurídica não é orientada por estratégias e diretrizes ditadas pela gestão do regional.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 84/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer estratégias e diretrizes claras para orientar a atuação da assessoria jurídica, alinhadas com as metas e objetivos definidos pela gestão do regional. Isso pode ser alcançado através da elaboração de políticas formais que delineiem o papel da assessoria jurídica, suas responsabilidades, os procedimentos para tomada de decisões legais e a integração com as demais áreas da instituição. É essencial promover uma colaboração efetiva entre a gestão e a assessoria jurídica, assegurando que todas as atividades jurídicas estejam alinhadas com a estratégia organizacional e contribuam para o alcance dos resultados desejados pelo regional.

Devido à inconsistência na gestão de processos organizacionais afetos à Gestão Jurídica, tal como **(2) ausência/dificuldade de atuação e/ou interlocução do setor Jurídico com os outros setores da Autarquia (como Fiscalização, Cobrança, Dívida Ativa, Julgamento/Processamento dos Processos Éticos Profissionais, Assessoria Técnica, Licitações)**, a Diretoria Executiva e Plenário podem ser levados à tomada de decisões equivocadas, com riscos estratégicos.

Há envolvimento de outros setores na implementação das teses defendidas judicialmente pela assessoria jurídica da instituição, como auxílio da assessoria técnica em reuniões com magistrados por exemplo?

ACHADO: Ausência de envolvimento de outros setores na implementação das teses defendidas judicialmente pela assessoria jurídica da instituição, como a colaboração da assessoria técnica em reuniões com magistrados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 84/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer um mecanismo de cooperação entre a assessoria jurídica e outros setores relevantes da instituição, como a assessoria técnica, para suportar eficazmente a defesa das teses jurídicas. Isso pode incluir a organização de reuniões preparatórias conjuntas, treinamentos interdepartamentais e a criação de grupos de trabalho multidisciplinares que possam contribuir com conhecimento especializado essencial para a formulação e implementação de estratégias legais. Essa prática não só fortalecerá a defesa das posições jurídicas da instituição, mas também garantirá uma representação mais informada e robusta em processos judiciais.

Comunicação

Gestão da Comunicação Interna

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a impropriedades e falhas verificadas na Gestão da Comunicação, tal como **(1) ausência de estratégia interna e de diretrizes da Alta Administração para execução das atividades, (2) ausência de planejamento da Área de Comunicação, (3) ausência de profissionais que exerçam tais atividades, (4) ausência de definição (em tempo hábil) sobre campanhas/projetos de comunicação, (5) comunicações**

realizadas de modo informal para tomada de decisão, **(6)** ausência de alinhamento entre Diretoria – Recursos Humanos – Setor de Comunicação, em especial quanto aos informes direcionados aos Colaboradores da Autarquia, **(7)** ruídos na comunicação, sem estratégia de mitigação, podem levar os trabalhos da Diretoria a erro, com riscos estratégicos.

Face a impropriedades e falhas verificadas na Gestão da Comunicação, tal como **(1) ausência de estratégia interna e de diretrizes da Alta Administração para execução das atividades**, podem levar os trabalhos da Diretoria a erro, com riscos estratégicos.

Há estratégias internas e diretrizes da Alta Administração para execução das atividades de comunicação interna?

ACHADO: Ausência de estratégias internas e diretrizes definidas pela Alta Administração para a execução das atividades de comunicação interna.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se o desenvolvimento e a implementação de estratégias claras e diretrizes por parte da Alta Administração para orientar as atividades de comunicação interna dentro da organização. Isso deve incluir a definição de objetivos, a escolha dos canais de comunicação mais eficazes, e a criação de um plano de comunicação que promova a transparência, melhore o engajamento dos funcionários e assegure a disseminação eficiente de informações cruciais para todos os níveis da organização.

Face a impropriedades e falhas verificadas na Gestão da Comunicação, tal como **(2) ausência de planejamento da Área de Comunicação**, podem levar os trabalhos da Diretoria a erro, com riscos estratégicos.

Há planejamento estratégico do setor de comunicação interna?

ACHADO: Ausência de planejamento estratégico formalizado no setor de comunicação interna.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se desenvolver e implementar um planejamento estratégico específico para o setor de comunicação interna, que alinhe as atividades de comunicação com os objetivos gerais da organização. Esse planejamento deve incluir a definição de metas, identificação dos públicos-alvo, escolha dos canais de comunicação mais eficazes, e estabelecimento de indicadores de desempenho para monitorar a eficácia das comunicações. Além disso, é importante que haja uma revisão periódica deste planejamento para ajustar as estratégias conforme necessário e garantir que a comunicação interna continue relevante e efetiva.

Há planejamento das atividades do setor de comunicação interna, em especial quanto ao modo e divulgação dos informes internos, com publicação em Intranet ou ambiente virtual -avisos, comunicações da Presidência e Diretoria, outros informes?

ACHADO: Falta de planejamento estruturado das atividades do setor de comunicação interna, particularmente no que diz respeito aos métodos e meios de divulgação dos informes internos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de um plano detalhado para as atividades de comunicação interna, focando especialmente na modernização e eficácia dos métodos de divulgação de informes internos. Esse planejamento deve incluir a utilização estratégica de plataformas digitais, como a Intranet e outros ambientes virtuais, para garantir a disseminação eficiente e oportuna de avisos, comunicações da presidência e diretoria, e outros informes relevantes. É essencial que este plano também contemple a

periodicidade das publicações, os responsáveis pela gestão de conteúdo, e os protocolos de segurança para a proteção de dados sensíveis.

Face a impropriedades e falhas verificadas na Gestão da Comunicação, tal como **(3) ausência de profissionais que exerçam tais atividades**, podem levar os trabalhos da Diretoria a erro, com riscos estratégicos.

Há profissional designado para desempenhar atividades de comunicação interna?

ACHADO: Ausência de um profissional especificamente designado para desempenhar atividades de comunicação interna.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a designação de um profissional ou equipe dedicada exclusivamente às atividades de comunicação interna. Esta ação garantirá que haja uma coordenação eficaz e uma execução consistente das estratégias de comunicação interna, contribuindo para a melhoria da disseminação de informações e o fortalecimento da cultura organizacional. É importante que este profissional possua habilidades e conhecimento específicos na área de comunicação, bem como um entendimento claro dos objetivos e das necessidades da instituição, para maximizar o impacto de suas atividades.

Face a impropriedades e falhas verificadas na Gestão da Comunicação, tal como **(4) ausência de definição (em tempo hábil) sobre campanhas/projetos de comunicação**, podem levar os trabalhos da Diretoria a erro, com riscos estratégicos.

As campanhas/projetos de comunicação interna são definidos em tempo hábil de implementação?

ACHADO: As campanhas e projetos de comunicação interna não são definidos em tempo hábil de implementação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer um cronograma claro e realista para o planejamento e execução de campanhas e projetos de comunicação interna. Este cronograma deve incluir prazos específicos para cada fase do projeto, desde a concepção até a avaliação de resultados. Além disso, é essencial a alocação antecipada de recursos e a definição de responsabilidades para cada equipe envolvida, garantindo assim que as iniciativas sejam implementadas de maneira eficiente e alinhadas com os objetivos estratégicos da organização. Implementar um sistema de acompanhamento contínuo para monitorar o progresso e fazer ajustes conforme necessário também é crucial para manter as campanhas eficazes e pertinentes.

Face a impropriedades e falhas verificadas na Gestão da Comunicação, tal como **(5) comunicações realizadas de modo informal para tomada de decisão**, podem levar os trabalhos da Diretoria a erro, com riscos estratégicos.

Para tomada de decisão, as comunicações internas são realizadas de modo formal?

ACHADO: As comunicações internas utilizadas para tomada de decisão não são realizadas de modo formal.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se formalizar o processo de comunicação interna utilizado nas tomadas de decisão dentro da organização. Isso pode incluir a implementação de procedimentos que assegurem a documentação e o registro de todas as comunicações pertinentes, garantindo transparência e rastreabilidade. Além disso, é crucial estabelecer canais de comunicação oficiais, como memorandos, e-mails institucionais ou sistemas internos de gestão de documentos, para assegurar que todas as informações relevantes

sejam compartilhadas de maneira consistente e oficial entre os envolvidos no processo decisório.

Face a impropriedades e falhas verificadas na Gestão da Comunicação, tal como **(6) ausência de alinhamento entre Diretoria – Recursos Humanos – Setor de Comunicação, em especial quanto aos informes direcionados aos Colaboradores da Autarquia**, podem levar os trabalhos da Diretoria a erro, com riscos estratégicos.

Com relação aos informes direcionados aos empregados do regional, existe alinhamento entre o que a Diretoria executiva, a área de recursos humanos e a área de comunicação interna fala?

ACHADO: Não existe alinhamento entre o que a Diretoria Executiva, a área de Recursos Humanos e a área de Comunicação Interna comunicam aos empregados do regional.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer um processo coordenado de comunicação interna que envolva a Diretoria Executiva, a área de Recursos Humanos e a área de Comunicação Interna, garantindo que todas as mensagens direcionadas aos empregados sejam consistentes e alinhadas. Isso pode incluir a implementação de reuniões regulares de alinhamento entre esses departamentos para discutir e planejar as comunicações, a criação de diretrizes conjuntas de comunicação e a utilização de uma plataforma centralizada para a disseminação de informações. Isso garantirá que todos os empregados recebam mensagens claras e coerentes, fortalecendo a comunicação interna e a cultura organizacional.

Face a impropriedades e falhas verificadas na Gestão da Comunicação, tal como **(7) ruídos na comunicação, sem estratégia de mitigação**, podem levar os trabalhos da Diretoria a erro, com riscos estratégicos.

Considera a comunicação interna da instituição assertiva?

ACHADO: A comunicação interna apresenta ruídos significativos, sem estratégias claras de mitigação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se desenvolver uma estratégia de comunicação mais assertiva, incluindo treinamentos periódicos para os empregados e a elaboração de um manual de comunicação interna com diretrizes claras.

Existem estratégias para mitigação de ruídos na comunicação interna no regional?

ACHADO: Não foram identificadas estratégias formais de mitigação de ruídos na comunicação interna no regional, resultando em falhas na troca eficaz de informações.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se avaliar as práticas atuais de comunicação e considerar a implementação de diretrizes claras e treinamentos para os empregados, a fim de melhorar a clareza e eficiência da comunicação interna.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas identificadas nos trabalhos de Gestão da Comunicação, como **(1) ausência de alocação de recursos financeiros, humanos ou logísticos às atividades**, ou mesmo a insuficiência dos mesmos, **(2) cobrança de metas e resultados sem a devida definição e alinhamento**, gerando estresse e retrabalhos, podem gerar erros à atuação da Diretoria, com riscos estratégicos.

Devido a falhas identificadas nos trabalhos de Gestão da Comunicação, como **(1) ausência de alocação de recursos financeiros, humanos ou logísticos às atividades**, ou

mesmo a insuficiência dos mesmos, podem gerar erros à atuação da Diretoria, com riscos estratégicos.

A quantidade de servidores designados é suficiente para atender às demandas da área?

ACHADO: Não há evidências de que o número atual de empregados na área de comunicação seja suficiente para cumprir efetivamente todas as demandas, considerando as atividades designadas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se realizar uma análise detalhada do quantitativo de empregados em relação às atividades da área de comunicação, levando em consideração as condições legais e orçamentárias da instituição para determinar ajustes necessários.

Há definição de orçamento, ao menos estimativo, para as ações propostas?

ACHADO: Não foi identificada uma definição clara de orçamento, mesmo em caráter estimativo, para as ações propostas na área de comunicação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se estabelecer um orçamento estimativo que reflita as necessidades reais da área de comunicação, considerando tanto as atividades planejadas quanto as restrições orçamentárias da instituição.

Devido a falhas identificadas nos trabalhos de Gestão da Comunicação, como **(2) cobrança de metas e resultados sem a devida definição e alinhamento, gerando estresse e retrabalhos**, podem gerar erros à atuação da Diretoria, com riscos estratégicos.

As metas da área de comunicação interna foram devidamente planejadas?

ACHADO: As metas da área de comunicação interna não apresentam um planejamento detalhado ou estratégias claras para sua execução.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se revisar e detalhar as metas da área de comunicação interna, estabelecendo objetivos claros e mensuráveis, juntamente com estratégias eficazes para sua implementação.

As metas da área de comunicação interna foram construída entre níveis hierárquicos?

ACHADO: Não há evidências de que as metas da área de comunicação interna tenham sido construídas com a participação efetiva de todos os níveis hierárquicos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se promover uma abordagem colaborativa na definição das metas da área de comunicação interna, envolvendo representantes de todos os níveis hierárquicos para garantir alinhamento e comprometimento.

As metas da área de comunicação interna foram apresentadas formalmente a seus responsáveis?

ACHADO: Observou-se que as metas da área de comunicação interna não foram formalmente apresentadas aos responsáveis, limitando a clareza e a responsabilidade no cumprimento dos objetivos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se a formalização da apresentação das metas aos responsáveis da área de comunicação interna, incluindo detalhamento dos objetivos e expectativas claras, para melhorar o alinhamento e a execução das tarefas.

Comunicação

Gestão da Comunicação Externa

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a impropriedades na Gestão da Comunicação, tal como **(1) ausência de políticas de comunicação externa, gerando somente trabalhos por demanda, (2) ausência de linha editorial clara e focada em públicos de interesse, como Sociedade, Estudantes, Médicos Veterinários e Zootecnistas, gerando somente trabalhos por demanda, (3) ausência de estratégia interna e de diretrizes da Alta Administração para execução das atividades, fazendo trabalhos somente reativos, (4) ausência de Portas Vozes com a devida qualificação, sem estratégia de mitigação nem mesmo quanto a impactos políticos,** podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

Devido a impropriedades na Gestão da Comunicação, tal como **(1) ausência de políticas de comunicação externa, gerando somente trabalhos por demanda,** podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

Há políticas de comunicação externa na instituição?

ACHADO: Não foram identificadas políticas formais de comunicação externa na instituição, o que pode comprometer a consistência e eficácia das interações com o público externo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação de políticas claras de comunicação externa, que definam diretrizes e procedimentos para todas as interações com o público externo.

Devido a impropriedades na Gestão da Comunicação, tal como **(2) ausência de linha editorial clara e focada em públicos de interesse, como Sociedade, Estudantes, Médicos Veterinários e Zootecnistas, gerando somente trabalhos por demanda,** podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

Há formalmente linha editorial focada em públicos de interesse para o desempenho da atividade de comunicação externa?

ACHADO: A instituição não possui uma linha editorial formal focada em públicos específicos, impactando a comunicação externa.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se estabelecer uma linha editorial direcionada a públicos de interesse para melhorar a eficácia das comunicações externas.

A equipe que desempenha a atividade de comunicação externa trabalha de forma planejada?

ACHADO: Observou-se que a equipe responsável pela comunicação externa não segue um plano estruturado, o que pode levar a inconsistências nas atividades.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se a criação e implementação de um plano de trabalho detalhado para a equipe de comunicação externa, visando melhorar a coordenação e a eficácia das atividades.

Devido a impropriedades na Gestão da Comunicação, tal como **(3) ausência de estratégia interna e de diretrizes da Alta Administração para execução das atividades, fazendo trabalhos somente reativos**, podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

Existe uma estratégia interna na área de comunicação externa elaborada de acordo com as diretrizes da alta administração?

ACHADO: Não foi identificada uma estratégia interna formal na área de comunicação externa que esteja alinhada às diretrizes da alta administração.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se desenvolver uma estratégia de comunicação externa que esteja em consonância com as diretrizes da alta administração, garantindo alinhamento e coesão nas atividades de comunicação.

Devido a impropriedades na Gestão da Comunicação, tal como **(4) ausência de Portas Vozes com a devida qualificação, sem estratégia de mitigação nem mesmo quanto a impactos políticos**, podem levar a Direção da Autarquia a erro, com riscos estratégicos.

Há uma listagem de porta-vozes (profissionais qualificados e cadastrados)?

ACHADO: Não existe uma listagem formal de porta-vozes qualificados e cadastrados para a comunicação externa.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se criar e manter uma listagem atualizada de porta-vozes qualificados, garantindo que todos os comunicados externos sejam conduzidos por profissionais preparados e autorizados.

Operacionais

Econômicos

Gestão do Planejamento Orçamentário

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas e impropriedades no escopo de elaboração e aprovação do Orçamento e suas Finanças, tal como **(1) ausência de publicação no DOU e Portal da Transparência após aprovado**, **(2) carência em capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos)**, **(3) inadequação da previsão orçamentária em desrespeito à previsão de gastos em atividades fim e meio**, **(4) ausência de alinhamento entre o Planejamento Estratégico e a Proposta Orçamentária da Autarquia**, **(5) remessa de previsão de custos pelas áreas em prazo intempestivo**, **(6) apresentação de peças orçamentárias em desacordo com a Resolução CFMV 1049/2014**, **(7) apresentação de proposta orçamentária com superdimensionamento de arrecadação ou inconsistências quanto à modalidade de gastos no ano subsequente**, **(8) não-cumprimento do prazo para protocolamento da peça orçamentária da Instituição**, **(9) “desencontro” da prévia orçamentária da Instituição Federal com os orçamentos apresentados pelos Regionais**, podendo fazer com que a Diretoria tome decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Devido a falhas e impropriedades no escopo de elaboração e aprovação do Orçamento e suas Finanças, tal como **(1) ausência de publicação no DOU e Portal da Transparência após aprovado**, podendo fazer com que a Diretoria tome decisões equivocadas, com riscos operacionais.

A proposta orçamentária da instituição, referente ao período auditado, foi disponibilizada no Portal da Transparência após aprovada?

ACHADO: Não foi encontrada evidência de que a proposta orçamentária aprovada da instituição foi disponibilizada no Portal da Transparência para o período auditado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se assegurar a disponibilização da proposta orçamentária no Portal da Transparência imediatamente após sua aprovação, promovendo a transparência e o acesso público às informações fiscais.

Devido a falhas e impropriedades no escopo de elaboração e aprovação do Orçamento e suas Finanças, tal como **(2) carência em capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos)**, podendo fazer com que a Diretoria tome decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Houve capacitação/treinamento/reciclagem de conhecimento para o empregado que desempenha a atividade de elaboração e aprovação do orçamento e suas finanças?

ACHADO: Não há registro de capacitação, treinamento ou reciclagem recente de conhecimento para o empregado responsável pela elaboração e aprovação do orçamento e suas finanças.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se implementar um programa regular de capacitação e atualização para os empregados envolvidos na gestão orçamentária e financeira, a fim de assegurar que estejam atualizados com as melhores práticas e normativas vigentes.

Devido a falhas e impropriedades no escopo de elaboração e aprovação do Orçamento e suas Finanças, tal como **(3) inadequação da previsão orçamentária em desrespeito à previsão de gastos em atividades fim e meio**, podendo fazer com que a Diretoria tome decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Foi efetuada a parametrização de centro de custos, separando a atividade meio da atividade finalística na elaboração da proposta orçamentária?

ACHADO: Não foi realizada a parametrização adequada de centros de custos que diferencie atividades meio de atividades finalísticas na elaboração da proposta orçamentária.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de uma parametrização detalhada de centros de custos, separando atividades meio de atividades finalísticas, para uma melhor alocação e gestão dos recursos orçamentários.

Devido a falhas e impropriedades no escopo de elaboração e aprovação do Orçamento e suas Finanças, tal como **(4) ausência de alinhamento entre o Planejamento Estratégico e a Proposta Orçamentária da Autarquia**, podendo fazer com que a Diretoria tome decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Há alinhamento entre o planejamento estratégico e a proposta orçamentária da instituição?

ACHADO: Não foi observado um alinhamento claro entre o planejamento estratégico da instituição e a proposta orçamentária elaborada, resultando em possíveis discrepâncias na execução das estratégias planejadas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se revisar a proposta orçamentária para garantir que esteja plenamente alinhada com os objetivos e diretrizes estabelecidos no planejamento estratégico da instituição.

Devido a falhas e impropriedades no escopo de elaboração e aprovação do Orçamento e suas Finanças, tal como **(5) remessa de previsão de custos pelas áreas em prazo intempestivo**, podendo fazer com que a Diretoria tome decisões equivocadas, com riscos operacionais.

As áreas cumprem o prazo para a remessa de previsão de gastos e centro de custos, para elaboração tempestiva da proposta orçamentária?

ACHADO: Observou-se que algumas áreas não cumprem os prazos estabelecidos para a remessa de previsões de gastos e informações de centro de custos, impactando a elaboração tempestiva da proposta orçamentária.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se implementar medidas para assegurar o cumprimento dos prazos de remessa de previsões de gastos e informações de centros de custos por todas as áreas, melhorando assim a eficiência no processo de elaboração orçamentária.

Devido a falhas e impropriedades no escopo de elaboração e aprovação do Orçamento e suas Finanças, tal como **(7) apresentação de proposta orçamentária com superdimensionamento de arrecadação ou inconsistências quanto à modalidade de gastos no ano subsequente**, podendo fazer com que a Diretoria tome decisões equivocadas, com riscos operacionais.

A proposta orçamentária foi elaborada com dimensionamento de arrecadação?

ACHADO: A proposta orçamentária não inclui um dimensionamento claro e detalhado da arrecadação esperada, o que pode comprometer a precisão e a eficácia do planejamento financeiro.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se incorporar um dimensionamento de arrecadação detalhado na elaboração da proposta orçamentária, com base em dados históricos e projeções realistas, para melhorar a precisão do planejamento orçamentário.

A proposta orçamentária possui consistência quanto à modalidade de gastos no ano subsequente?

ACHADO: Foi identificado que a proposta orçamentária carece de consistência nas modalidades de gastos planejados para o ano subsequente, resultando em potenciais desalinhamentos com as necessidades reais da instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se uma revisão e ajuste das modalidades de gastos na proposta orçamentária, assegurando que estejam alinhadas com as prioridades estratégicas e necessidades operacionais da instituição para o próximo ano.

Econômicos

Gestão da Contabilidade

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a **(1)** inobservância à Norma Brasileira de Contabilidade – NBC aplicada ao setor público, **(2)** não aplicação da Contabilidade Gerencial (Contabilidade de Custos) que gera a impossibilidade da demonstração clara dos gastos nas atividades meio e fim, **(3)** classificação contábil de gastos com Convênios, Diárias, Passagens, Jetons, Verbas de Representação como despesas sem o devido trâmite legal da comprovação do gasto na atividade a qual ele se destina, devendo figurar em conta analítica do Ativo Circulante até a comprovação do ato, podem levar a Diretoria a tomar decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Devido a **(1)** inobservância à Norma Brasileira de Contabilidade – NBC aplicada ao setor público, podem levar a Diretoria a tomar decisões equivocadas, com riscos operacionais.

A Norma Brasileira de Contabilidade - NBC aplicada ao setor público é levada em consideração na instituição?

ACHADO: A instituição não demonstra evidências claras de que a Norma Brasileira de Contabilidade (NBC) aplicada ao setor público esteja sendo considerada na totalidade em suas práticas contábeis.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação de procedimentos que garantam a conformidade com a Norma Brasileira de Contabilidade aplicada ao setor público, promovendo maior transparência e conformidade nas práticas contábeis da instituição.

Devido a **(2)** não aplicação da Contabilidade Gerencial (Contabilidade de Custos) que gera a impossibilidade da demonstração clara dos gastos nas atividades meio e fim, podem levar a Diretoria a tomar decisões equivocadas, com riscos operacionais.

É realizada a contabilidade de custos, efetuando rateio em centros de custos para as atividades meio e fim?

ACHADO: Não é realizada a contabilidade de custos com rateio adequado em centros de custos para as atividades meio e fim, comprometendo a precisão na alocação dos recursos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se implementar a contabilidade de custos com rateio detalhado em centros de custos para atividades meio e fim, aprimorando a gestão e o controle dos recursos financeiros.

Devido a (3) classificação contábil de gastos com Convênios, Diárias, Passagens, Jetons, Verbas de Representação como despesas sem o devido trâmite legal da comprovação do gasto na atividade a qual ele se destina, devendo figurar em conta analítica do Ativo Circulante até a comprovação do ato, podem levar a Diretoria a tomar decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Há processo formal de diárias e jetons, devidamente autuado, acostado às devidas prestações de contas e recibos de participação em eventos institucionais?

ACHADO: Não existe um processo formal e devidamente autuado para diárias e jetons, incluindo as devidas prestações de contas e recibos de participação em eventos institucionais.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 8.2.1.3.b. - relatório sem assinatura

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se estabelecer um processo formal para a gestão de diárias e jetons, garantindo que todas as prestações de contas e recibos sejam devidamente autuados e registrados, promovendo maior transparência e controle.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Por conta de erros e falhas em atividades como Proposta Orçamentária e Reformulação Orçamentária, como (1) desalinhamento do Planejamento Estratégico com a elaboração do Orçamento, (2) ausência de alinhamento das necessidades dos Regionais com as devidas previsões orçamentárias do Federal e vice-versa, (3) ausência de solução tecnológica para elaboração da Proposta Orçamentária, (4) não-observância da forma e dos prazos legais para entrega da Proposta e Reformulações Orçamentárias, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

Por conta de erros e falhas em atividades como Proposta Orçamentária e Reformulação Orçamentária, como (1) desalinhamento do Planejamento Estratégico com a elaboração do Orçamento, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

A elaboração da proposta orçamentária está alinhada com o planejamento estratégico?

ACHADO: A elaboração da proposta orçamentária não está completamente alinhada com o planejamento estratégico da instituição, podendo comprometer a execução das metas e objetivos definidos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se revisar e ajustar a proposta orçamentária para garantir seu alinhamento com o planejamento estratégico, assegurando que os recursos sejam direcionados para as prioridades estratégicas da instituição.

Por conta de erros e falhas em atividades como Proposta Orçamentária e Reformulação Orçamentária, como (3) ausência de solução tecnológica para elaboração da Proposta Orçamentária, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

Há ferramenta de solução tecnológica para a elaboração da proposta orçamentária?

ACHADO: Não há uma ferramenta de solução tecnológica específica para a elaboração da proposta orçamentária, o que pode tornar o processo mais suscetível a erros e ineficiências.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se avaliar a viabilidade financeira e orçamentária para a adoção de uma ferramenta tecnológica especializada na elaboração da proposta orçamentária, visando aumentar a precisão, eficiência e controle durante o processo.

Por conta de erros e falhas em atividades como Proposta Orçamentária e Reformulação Orçamentária, como **(4) não-observância da forma e dos prazos legais para entrega da Proposta e Reformulações Orçamentárias**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

Há observância da forma e dos prazos legais para a entrega da proposta orçamentária?

ACHADO: Verificou-se que não há plena observância da forma e dos prazos legais para a entrega da proposta orçamentária, resultando em possíveis inconformidades.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se reforçar a adesão às exigências legais quanto à forma e aos prazos para a entrega da proposta orçamentária, garantindo conformidade e eficiência no processo.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Por conta de documentação técnica e contábil com falhas, como **(1)** realização de pagamentos sem autorização do Ordenador de Despesas, **(2)** Notas Fiscais sem atesto do Fiscal do Contrato, com dados incorretos, sem documentação comprobatória de regularidade fiscal e trabalhista, e ainda com rasuras e/ou emendas e sem referência ao nº do Contrato ou Convênio, **(3)** ausência do respectivo comprovante de pagamento por quem de direito, **(4)** divergências nos controles contábeis (saldos e impostos a pagar), **(5)** inobservância das retenções na fontes de impostos e contribuições sociais, **(6)** inobservância dos prazos para entrega das Notas Fiscais por parte dos Fornecedores ou Fiscais de Contrato ao departamento responsável, poderá levar a Diretoria a tomada de decisões equivocadas ou imprecisas, com riscos operacionais.

Por conta de documentação técnica e contábil com falhas, como **(2) Notas Fiscais sem atesto do Fiscal do Contrato, com dados incorretos, sem documentação comprobatória de regularidade fiscal e trabalhista, e ainda com rasuras e/ou emendas e sem referência ao nº do Contrato ou Convênio**, poderá levar a Diretoria a tomada de decisões equivocadas ou imprecisas, com riscos operacionais.

Referente à documentação técnica e contábil, todas as notas fiscais possuem identificação do número do contrato ou convênio?

ACHADO: Verificou-se que nem todas as notas fiscais possuem a identificação do número do contrato ou convênio correspondente.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se implementar um procedimento para assegurar que todas as notas fiscais incluam a identificação do número do contrato ou convênio.

Econômicos

Gestão dos Inscritos em Dívida Ativa

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas e impropriedades na gestão do processo de inscrição em Dívida Ativa, como **(1)** ausência de inscrição de débitos em dívida ativa, **(2)** prescrição de débitos no exercício, **(3)** divergências de informações no livro de inscrição da dívida ativa, poderá levar os Diretores a erro, com riscos operacionais.

Devido a falhas e impropriedades na gestão do processo de inscrição em Dívida Ativa, como **(2) prescrição de débitos no exercício**, poderá levar os Diretores a erro, com riscos operacionais.

No período auditado, todos os débitos tramitaram dentro do prazo, sem prescrição?

ACHADO: Foi identificado que nem todos os débitos tramitaram dentro do prazo durante o período auditado, resultando em alguns casos de prescrição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 8.3.1.3.a.

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se implementar um sistema de monitoramento de prazos para garantir que todos os débitos tramitem dentro do período estabelecido, evitando a prescrição e assegurando a recuperação eficiente de créditos.

Econômicos

Gestão dos Processos de Execução Fiscal

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas na gestão dos processos de execução fiscal, como **(1)** ausência de ajuizamento de processos dos inadimplentes, **(2)** ausência de ajuizamentos de multas, **(3)** ausência/divergência/falhas no controle de receitas advindas de execução fiscal, **(4)** utilização de índices de correção monetária em desacordo com Resolução CFMV, **(5)** falta de qualificação dos servidores, podem levar a Gestão da Autarquia a erros, podem levar a Gestão da Autarquia a erros, com riscos operacionais.

Devido a falhas na gestão dos processos de execução fiscal, como **(5) falta de qualificação dos servidores, podem levar a Gestão da Autarquia a erros**, podem levar a Gestão da Autarquia a erros, com riscos operacionais.

Os empregados envolvidos diretamente na gestão dos processos de execução fiscal receberam capacitação da instituição?

ACHADO: Não foi identificada evidência de que os empregados envolvidos diretamente na gestão dos processos de execução fiscal receberam capacitação adequada da instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 87/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se implementar programas de capacitação específicos para os empregados envolvidos na gestão dos processos de execução fiscal, garantindo que estejam devidamente preparados para realizar suas funções de maneira eficaz e conforme as normas vigentes.

Econômicos

Gestão de Contas Bancárias

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a movimentação em contas bancárias sem atendimento a requisitos legais, como competência legal aos atos, assinaturas, conta corrente específica, ausências de rendimentos de aplicação financeira e de integração/conciliação bancária, levará os seus Gestores a erro, com riscos operacionais.

As transferências entre contas bancárias foram efetuadas mediante a devida formalização do processo administrativo?

ACHADO: Não foi identificada a devida formalização do processo administrativo para todas as transferências entre contas bancárias, o que pode comprometer a transparência e o controle financeiro.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 88/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se implementar e assegurar a formalização adequada de todos os processos administrativos para transferências entre contas bancárias, garantindo maior transparência e controle nas movimentações financeiras.

As transferências entre contas bancárias foram efetuadas com a designação de conteúdo e exposição dos motivos da movimentação?

ACHADO: Não foi identificada a designação de conteúdo e exposição dos motivos para todas as transferências entre contas bancárias, resultando em falta de clareza nas movimentações financeiras.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 88/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se implementar um procedimento que assegure a designação de conteúdo e a exposição dos motivos para todas as transferências entre contas bancárias, garantindo maior transparência e rastreabilidade das movimentações financeiras.

Econômicos

Gestão de Suprimento de Fundos

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Por conta de impropriedades e falhas em processos de Suprimento de Fundos, tal como **(1)** impossibilidade de custeio de despesas recorrentes e previsíveis, **(2)** valores gastos a maior do que permite a legislação, **(3)** ausência e/ou documentação apresentada pode não ter valor fiscal ou em desacordo com a legislação, **(4)** prazos não obedecidos (de recebimento de crédito e pagamento de despesas, levará às Autoridades da Autarquia a tomada de decisão equivocada, com riscos operacionais.

Por conta de impropriedades e falhas em processos de Suprimento de Fundos, tal como **(1) impossibilidade de custeio de despesas recorrentes e previsíveis**, levará às Autoridades da Autarquia a tomada de decisão equivocada, com riscos operacionais.

As aquisições de bens e serviços realizadas através da modalidade de suprimento de fundos estavam em conformidade com a legislação vigente sem custeio de despesas recorrentes e previsíveis?

ACHADO: Verificou-se que algumas aquisições de bens e serviços realizadas através da modalidade de suprimento de fundos não estavam em conformidade com a legislação vigente, incluindo o custeio de despesas recorrentes e previsíveis.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 8.7.1.1.a. - Despesas recorrentes

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se revisar e ajustar os procedimentos para aquisições através de suprimento de fundos, garantindo que estejam em conformidade com a legislação vigente e evitando o custeio de despesas recorrentes e previsíveis por essa modalidade.

Por conta de impropriedades e falhas em processos de Suprimento de Fundos, tal como **(2) valores gastos a maior do que permite a legislação**, levará às Autoridades da Autarquia a tomada de decisão equivocada, com riscos operacionais.

Todos os gastos efetuados com bens e serviços na modalidade de suprimento de fundos estiveram em conformidade com os limites de valores permitidos pela legislação vigente?

ACHADO: Verificou-se que nem todos os gastos efetuados com bens e serviços na modalidade de suprimento de fundos estiveram em conformidade com os limites de valores permitidos pela legislação vigente.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 88/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se revisar e monitorar os gastos efetuados na modalidade de suprimento de fundos para assegurar que estejam sempre dentro dos limites de valores permitidos pela legislação vigente, garantindo conformidade e controle adequado.

Por conta de impropriedades e falhas em processos de Suprimento de Fundos, tal como **(3) ausência e/ou documentação apresentada pode não ter valor fiscal ou em desacordo com a legislação**, levará às Autoridades da Autarquia a tomada de decisão equivocada, com riscos operacionais.

Todos os gastos realizados na modalidade de suprimento de fundos são devidamente conferidos?

ACHADO: Não foram identificadas evidências de que todos os gastos realizados na modalidade de suprimento de fundos são devidamente conferidos, o que pode levar a inconsistências e falhas no controle das despesas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 88/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se implementar um processo rigoroso de conferência para todos os gastos realizados na modalidade de suprimento de fundos, garantindo a precisão e o controle adequado das despesas.

Todas as notas fiscais emitidas na modalidade de suprimento de fundos são atestadas com a devida qualificação do subscritor do atesto?

ACHADO: Nem todas as notas fiscais emitidas na modalidade de suprimento de fundos são atestadas com a devida qualificação do subscritor do atesto, comprometendo a validação das despesas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 8.7.1.3.c - Serviços sem atesto

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se garantir que todas as notas fiscais emitidas na modalidade de suprimento de fundos sejam atestadas com a devida qualificação do subscritor do atesto, assegurando a validação correta e a conformidade das despesas.

Pessoas

Gestão de Recursos Humanos

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a impropriedades e falhas levantadas no processo de Gestão de Pessoas, tal como **(1)** ausência de Política de Gestão de Pessoas, em especial nos tópicos de contratação, desligamento de pessoal, requisição e redistribuição de colaboradores, apuração de fraudes e ilícitos, **(2)** carência em capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos) em todas as suas esferas, **(3)** ausência de integração de softwares e tecnologias no setor que permitam automação de cálculos trabalhistas, sem inserção manual, **(4)** desvio de função entre as atribuições inerentes ao cargo extrapolarem as competências em outros cargos, **(5)** ausência de controle do absenteísmo, **(6)** ausência de política de rotatividade de pessoal vinculada ao cargo/competências, **(7)** normativas internas

ligadas a temática de RH desatualizadas, **(8)** ausência de políticas de retenção de pessoal, levando em conta principalmente o envelhecimento da força de trabalho, podem levar a Alta Administração a tomadas de decisão equivocadas, com riscos operacionais.

Face a impropriedades e falhas levantadas no processo de Gestão de Pessoas, tal como **(1) ausência de Política de Gestão de Pessoas, em especial nos tópicos de contratação, desligamento de pessoal, requisição e redistribuição de colaboradores, apuração de fraudes e ilícitos**, podem levar a Alta Administração a tomadas de decisão equivocadas, com riscos operacionais.

Existe política de gestão de pessoas na instituição?

ACHADO: Não foi identificada uma política formal de gestão de pessoas na instituição, o que pode resultar em práticas inconsistentes de administração de pessoal.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se desenvolver e implementar uma política formal de gestão de pessoas na instituição, estabelecendo diretrizes claras para a administração de pessoal e garantindo práticas consistentes e alinhadas com os objetivos organizacionais.

Na política de gestão de pessoas, foi contemplado o tipo e a forma de contratação?

ACHADO: Não foi identificado que a política de gestão de pessoas contempla o tipo e a forma de contratação, o que pode levar a inconsistências nos processos de admissão.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se revisar e atualizar a política de gestão de pessoas para incluir diretrizes claras sobre o tipo e a forma de contratação, garantindo processos de admissão consistentes e alinhados com as necessidades da instituição.

Na política de gestão de pessoas, existe tópico relacionado ao desligamento de pessoal?

ACHADO: Não foi identificado que a política de gestão de pessoas inclui um tópico relacionado ao desligamento de pessoal, o que pode resultar em processos de desligamento inconsistentes.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se incluir um tópico específico sobre o desligamento de pessoal na política de gestão de pessoas, estabelecendo diretrizes claras para garantir que os processos de desligamento sejam conduzidos de maneira consistente e justa.

Na política de gestão de pessoas, existe tópico relacionado à requisição e redistribuição do empregado?

ACHADO: Não foi identificado que a política de gestão de pessoas inclui um tópico relacionado à requisição e redistribuição do empregado, o que pode levar a uma alocação ineficiente de recursos humanos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se incluir um tópico específico sobre requisição e redistribuição do empregado na política de gestão de pessoas, estabelecendo diretrizes claras para a alocação eficiente e estratégica dos recursos humanos.

Existe normativo na instituição relacionado à apuração de fraudes e ilícitos?

ACHADO: Não foi identificado um normativo na instituição relacionado à apuração de fraudes e ilícitos, o que pode comprometer a capacidade de investigar e mitigar esses eventos de maneira eficaz.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se desenvolver e implementar um normativo específico relacionado à apuração de fraudes e ilícitos, estabelecendo procedimentos claros para a investigação e mitigação desses eventos, garantindo a integridade e a segurança da instituição.

Face a impropriedades e falhas levantadas no processo de Gestão de Pessoas, tal como **(2) carência em capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos) em todas as suas esferas**, podem levar a Alta Administração a tomadas de decisão equivocadas, com riscos operacionais.

Existe na instituição um plano de treinamento e desenvolvimento implementado para os empregados?

ACHADO: Não foi identificado um plano de treinamento e desenvolvimento implementado para os empregados na instituição, o que pode limitar o crescimento profissional e a capacitação dos empregados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se desenvolver e implementar um plano de treinamento e desenvolvimento para os empregados, visando aprimorar suas habilidades e competências, contribuindo para o crescimento profissional e a eficácia organizacional.

Face a impropriedades e falhas levantadas no processo de Gestão de Pessoas, tal como **(3) ausência de integração de softwares e tecnologias no setor que permitam automação de cálculos trabalhistas, sem inserção manual**, podem levar a Alta Administração a tomadas de decisão equivocadas, com riscos operacionais.

Existe no setor software ou tecnologias que possibilitam a automação de cálculos trabalhistas sem inserção manual?

ACHADO: Não foram identificados softwares ou tecnologias no setor que possibilitem a automação de cálculos trabalhistas sem inserção manual, o que pode resultar em erros e ineficiências.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se avaliar a disponibilidade financeira e orçamentária para a aquisição de softwares ou tecnologias que permitam a automação de cálculos trabalhistas, reduzindo a necessidade de inserção manual e melhorando a precisão e eficiência dos processos.

Face a impropriedades e falhas levantadas no processo de Gestão de Pessoas, tal como **(5) ausência de controle do absenteísmo**, podem levar a Alta Administração a tomadas de decisão equivocadas, com riscos operacionais.

Existe plano de ação ou programa de controle do absenteísmo na instituição?

ACHADO: Não foi identificado um plano de ação ou programa de controle do absenteísmo na instituição, o que pode afetar a produtividade e a eficiência dos trabalhos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se desenvolver e implementar um plano de ação ou programa de controle do absenteísmo, com o objetivo de monitorar e reduzir as ausências, melhorando a produtividade e a eficiência dos trabalhos na instituição.

Face a impropriedades e falhas levantadas no processo de Gestão de Pessoas, tal como **(6) ausência de política de rotatividade de pessoal vinculada ao cargo/competências**, podem levar a Alta Administração a tomadas de decisão equivocadas, com riscos operacionais.

Existe política de rotatividade de pessoal vinculada ao cargo/competências na instituição?

ACHADO: Não foi identificada uma política de rotatividade de pessoal vinculada ao cargo/competências na instituição, o que pode levar a problemas de adequação e retenção de talentos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se desenvolver e implementar uma política de rotatividade de pessoal vinculada ao cargo e às competências, visando melhorar a adequação dos empregados às funções e aumentar a retenção de talentos na instituição.

Face a impropriedades e falhas levantadas no processo de Gestão de Pessoas, tal como **(7) normativas internas ligadas a temática de RH desatualizadas**, podem levar a Alta Administração a tomadas de decisão equivocadas, com riscos operacionais.

Há atualização das normativas internas relacionadas à temática de Recursos Humanos na instituição?

ACHADO: Não foi identificada a atualização das normativas internas relacionadas à temática de Recursos Humanos na instituição, o que pode resultar em práticas desatualizadas e ineficazes.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se realizar uma revisão e atualização das normativas internas relacionadas a Recursos Humanos, garantindo que estejam alinhadas com as melhores práticas e legislações vigentes, promovendo assim uma gestão mais eficaz e moderna dos recursos humanos.

Face a impropriedades e falhas levantadas no processo de Gestão de Pessoas, tal como **(8) ausência de políticas de retenção de pessoal, levando em conta principalmente o envelhecimento da força de trabalho**, podem levar a Alta Administração a tomadas de decisão equivocadas, com riscos operacionais.

Existe política de retenção de pessoal na instituição?

ACHADO: Não foi identificada a existência de uma política de retenção de pessoal na instituição, o que pode contribuir para uma alta taxa de rotatividade e perda de talentos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugere-se desenvolver e implementar uma política de retenção de pessoal, focando em estratégias para manter os empregados qualificados e reduzir a rotatividade, garantindo a continuidade e qualidade dos serviços prestados.

Pessoas

Gestão de Quadro/Quantitativo de Pessoal

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: O quantitativo de empregados efetivos na Instituição é insuficiente para realizar atividades e processos de trabalho, poderá levar a Gestão da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Existe mapeamento das atividades na instituição?

ACHADO: Não foi identificado um mapeamento formal das atividades e processos de trabalho realizados pelos empregados na instituição, dificultando a análise da suficiência do quantitativo de empregados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que seja realizado um mapeamento detalhado das atividades e processos de trabalho, permitindo uma análise mais precisa da necessidade de quantitativo de empregados em relação às atividades e processos a serem realizados, considerando a realidade da instituição e aspectos legais e orçamentários.

Existe acompanhamento das atividades dos empregados por parte da chefia imediata na instituição?

ACHADO: Não foi identificado um acompanhamento sistemático das atividades dos empregados por parte da chefia imediata, dificultando a análise da suficiência do quantitativo de empregados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementação de um sistema de acompanhamento das atividades dos empregados pela chefia imediata. Isso permitirá uma análise mais precisa da necessidade de quantitativo de empregados em relação às atividades e processos a serem realizados, considerando a realidade da instituição e aspectos legais e orçamentários.

Existe relatório contendo a quantidade de atividades desempenhadas por empregado na instituição?

ACHADO: Não foi identificado relatório contendo a quantidade de atividades desempenhadas por empregados na instituição, dificultando a análise da suficiência do quantitativo de empregados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementação de um relatório contendo a quantidade de atividades desempenhadas por empregados na instituição. Isso permitirá uma análise mais precisa da necessidade de quantitativo de empregados em relação às atividades e processos a serem realizados, considerando a realidade da instituição e aspectos legais e orçamentários.

Pessoas

Gestão de Contratações (Concursos Públicos, Comissionados - Cargos em Comissão e Estagiários)

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: O descumprimento das legislações que regulamentam a gestão e contratação de Empregados Comissionados em atividade na Instituição, como por exemplo quantitativos em relação aos empregados efetivos, com riscos operacionais.

A instituição está em conformidade com a proporção recomendada pelo TCU de cargos comissionados em relação ao número de empregados efetivos?

ACHADO: A instituição não está em conformidade com a proporção de cargos comissionados recomendada pelo TCU em relação aos empregados efetivos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Ajustar a proporção de cargos comissionados para alinhar-se às recomendações do TCU, revisando as nomeações atuais e planejando futuras contratações de forma a equilibrar a distribuição de cargos comissionados e efetivos, garantindo assim a conformidade com as diretrizes do Tribunal de Contas da União.

Pessoas

Gestão de Planos de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS e Acordos Coletivos de Trabalho/ACTs
Gestão de Processos Administrativos Disciplinares/PADs e Sindicâncias

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Falhas em Acordos Coletivos de Trabalho/ACTs, tal como **(1)** elaboração de ACTs em desacordo com a legislação, **(2)** cláusulas unilaterais, **(3)** descumprimento de cláusulas constantes, **(4)** ausências de respostas por parte da Alta Direção aos Demandantes, podem levar a Diretoria da Instituição a tomada errada de decisão, com riscos operacionais.

Falhas em Acordos Coletivos de Trabalho/ACTs, tal como **(4) ausências de respostas por parte da Alta Direção aos Demandantes**, podem levar a Diretoria da Instituição a tomada errada de decisão, com riscos operacionais.

O Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) foi firmado anterior à data-base?

ACHADO: O Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) foi firmado após a data-base.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição tome medidas para garantir que futuros Acordos Coletivos de Trabalho sejam firmados antes ou exatamente na data-base, para evitar retroatividade e assegurar que todos os benefícios e condições negociadas entrem em vigor no período apropriado. A instituição deve revisar e ajustar os cronogramas de negociação para acomodar todos os processos de discussão e aprovação necessários antes da data-base.

Pessoas

Gestão do Teletrabalho – Home Office

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido à ausência de normativas internas (Portaria e/ou Resolução) que façam gestão do Teletrabalho (Home Office) na Autarquia, que minimizem/mitiguem riscos como **(1)** produtividade abaixo do ideal em trabalho presencial, **(2)** insegurança quanto à confiabilidade das informações geradas/fornecidas na Instituição, **(3)** resistência da cultura organizacional a tal flexibilidade, **(4)** descontrolo/desconfiança quanto a horas de trabalho efetivamente realizadas, **(5)** ineficácia quanto a procedimentos e processos de trabalho fundamentais à Instituição, pode colocar em risco a Diretoria, com riscos operacionais.

Devido à ausência de normativas internas (Portaria e/ou Resolução) que façam gestão do Teletrabalho (Home Office) na Autarquia, que minimizem/mitiguem riscos como **(1) produtividade abaixo do ideal em trabalho presencial**, pode colocar em risco a Diretoria, com riscos operacionais.

Se existe teletrabalho na instituição, foi elaborado e instituído normativo?

ACHADO: Não existe um normativo relacionado ao teletrabalho na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se desenvolver e implementar um normativo específico para regular o teletrabalho. Esse normativo deve abordar critérios de elegibilidade, direitos e deveres dos empregados, controle de jornada, ferramentas e infraestrutura necessárias, e medidas de segurança da informação. Ter um normativo claro e detalhado garantirá a eficácia e a legalidade do teletrabalho, proporcionando segurança jurídica tanto para a instituição quanto para os empregados.

Se existe teletrabalho na instituição, há relatório gerencial que evidencie a produtividade na modalidade de teletrabalho?

ACHADO: Não há relatório gerencial que evidencie a produtividade na modalidade de teletrabalho na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e mantenha relatórios gerenciais para monitorar e avaliar a produtividade dos empregados em regime de teletrabalho. Esses relatórios devem incluir métricas de desempenho específicas, comparações com o trabalho presencial e análise de resultados. A implementação de tais relatórios permitirá uma avaliação contínua da eficácia do teletrabalho e ajudará a identificar áreas de melhoria, garantindo que a modalidade de trabalho remoto seja tão produtiva quanto o trabalho presencial.

Devido à ausência de normativas internas (Portaria e/ou Resolução) que façam gestão do Teletrabalho (Home Office) na Autarquia, que minimizem/mitiguem riscos como **(2) insegurança quanto à confiabilidade das informações geradas/fornecidas na Instituição**, pode colocar em risco a Diretoria, com riscos operacionais.

Se existe teletrabalho na instituição, é realizado controle quanto a confiabilidade das informações geradas/fornecidas no período em que as atividades foram realizadas na modalidade de teletrabalho?

ACHADO: Não há controle adequado quanto à confiabilidade das informações geradas/fornecidas durante o período em que as atividades foram realizadas na modalidade de teletrabalho.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente mecanismos de controle rigorosos para assegurar a confiabilidade das informações produzidas durante o teletrabalho. Esses mecanismos podem incluir o uso de sistemas seguros de gestão de documentos e monitoramento contínuo da integridade dos dados. Garantir a confiabilidade das informações é essencial para manter a qualidade e a segurança dos processos institucionais, independentemente do local de trabalho dos empregados.

Devido à ausência de normativas internas (Portaria e/ou Resolução) que façam gestão do Teletrabalho (Home Office) na Autarquia, que minimizem/mitiguem riscos como **(3) resistência da cultura organizacional a tal flexibilidade**, pode colocar em risco a Diretoria, com riscos operacionais.

Há pesquisa de clima organizacional realizada na instituição?

ACHADO: Foi identificada uma resistência da cultura organizacional à flexibilidade do teletrabalho.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a realização de uma pesquisa de clima organizacional específica para avaliar as percepções e atitudes dos empregados em relação ao teletrabalho. Esse diagnóstico permitirá identificar as principais fontes de resistência e desenvolver estratégias direcionadas para promover uma cultura mais flexível e aberta ao trabalho remoto. A partir dos resultados, a instituição poderá implementar ações de sensibilização e treinamento, visando aumentar a aceitação e a eficácia do teletrabalho entre os empregados.

Há pesquisa junto ao corpo funcional que aborde a satisfação com o trabalho desempenhado na modalidade teletrabalho?

ACHADO: Insatisfação com o trabalho desempenhado na modalidade teletrabalho, caracterizada pela resistência da cultura organizacional.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a aplicação de uma pesquisa de satisfação específica para avaliar o trabalho na modalidade de teletrabalho. Os resultados dessa pesquisa fornecerão insights sobre os principais fatores de insatisfação e permitirão a implementação de medidas corretivas direcionadas. Com base nas respostas dos empregados, a instituição poderá desenvolver estratégias para melhorar a experiência do teletrabalho, abordar as áreas de resistência cultural e promover um ambiente de trabalho mais flexível e satisfatório para todos.

No plano de treinamento e desenvolvimento, há ação específica para promover mudança comportamental (cultura) no desempenho das atividades na modalidade teletrabalho?

ACHADO: O plano de treinamento e desenvolvimento não inclui ações específicas para promover mudança comportamental (cultura) no desempenho das atividades na modalidade teletrabalho.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que o plano de treinamento e desenvolvimento seja atualizado para incluir ações específicas voltadas à promoção de mudanças comportamentais no desempenho das atividades em teletrabalho. Essas ações podem incluir workshops, sessões de treinamento e programas de mentoria que abordem aspectos como gestão do tempo, comunicação eficaz, autogerenciamento e adaptação a tecnologias de trabalho remoto. A implementação dessas ações ajudará a mitigar a resistência cultural e a melhorar a eficácia e a satisfação dos empregados no regime de teletrabalho.

Devido à ausência de normativas internas (Portaria e/ou Resolução) que façam gestão do Teletrabalho (Home Office) na Autarquia, que minimizem/mitiguem riscos como **(4) descontrole/desconfiança quanto a horas de trabalho efetivamente realizadas**, pode colocar em risco a Diretoria, com riscos operacionais.

Há um relatório gerencial que aborde a demanda e o acompanhamento das atividades desempenhadas na modalidade teletrabalho?

ACHADO: Não há um relatório gerencial que aborde a demanda e o acompanhamento das atividades desempenhadas na modalidade teletrabalho.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a criação de um relatório gerencial específico para monitorar a demanda e o acompanhamento das atividades desempenhadas na modalidade teletrabalho. Este relatório deve incluir métricas de desempenho, alocação de tarefas, prazos

de entrega e níveis de produtividade. A implementação de tal relatório permitirá uma melhor gestão do teletrabalho, proporcionando dados importantes para avaliar a eficiência, identificar áreas de melhoria e garantir que os objetivos organizacionais sejam atingidos de maneira eficaz.

Devido à ausência de normativas internas (Portaria e/ou Resolução) que façam gestão do Teletrabalho (Home Office) na Autarquia, que minimizem/mitiguem riscos como **(5) ineficácia quanto a procedimentos e processos de trabalho fundamentais à Instituição**, pode colocar em risco a Diretoria, com riscos operacionais.

Os processos e procedimentos de trabalho fundamentais à Instituição, quando desempenhados em teletrabalho, foram devidamente acompanhados?

ACHADO: Os processos e procedimentos de trabalho fundamentais à instituição, quando desempenhados em teletrabalho, não foram devidamente acompanhados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição estabeleça um sistema robusto de acompanhamento e monitoramento para os processos e procedimentos de trabalho fundamentais, especialmente quando desempenhados em teletrabalho. Isso pode incluir a implementação de ferramentas de gestão de projetos, relatórios de progresso regulares e reuniões de check-in para assegurar que todas as atividades críticas sejam executadas de maneira eficiente e dentro dos prazos estipulados. Esse acompanhamento rigoroso é essencial para manter a qualidade e a continuidade das operações institucionais, independentemente da modalidade de trabalho adotada.

Pessoas

Gestão de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido às ausências de **(1)** Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) - antigo PPRA, **(2)** Perfil Profissiográfico previdenciário (PPP), **(3)** Análise Ergonômica do Trabalho (AET), **(4)** Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT), **(5)** Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

Devido às ausências de **(1) Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) - antigo PPRA**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

As ações mencionadas no relatório do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) foram implementadas pela instituição?

ACHADO: As ações mencionadas no relatório do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) não foram implementadas pela instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição tome medidas imediatas para implementar as ações delineadas no relatório do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR). Isso inclui a designação de responsáveis para cada ação, a definição de prazos claros e o estabelecimento de um sistema de monitoramento e avaliação para acompanhar o progresso. A implementação dessas ações é crucial para mitigar riscos identificados e assegurar a conformidade com as normas de segurança e saúde ocupacional.

Devido às ausências de **(2) Perfil Profissiográfico previdenciário (PPP)**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

A instituição tem contrato com uma empresa especializada para elaborar o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP)?

ACHADO: A instituição não utilizou os dados do eSocial para a elaboração do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), e não contratou uma empresa especializada para este fim, resultando em uma lacuna no cumprimento das obrigações legais.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição passe a utilizar os dados do eSocial para a elaboração do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), garantindo que todas as informações exigidas estejam corretamente reportadas e atualizadas no sistema. Caso haja necessidade de suporte adicional, a contratação de uma empresa especializada pode ser considerada para assegurar a conformidade completa com as normas previdenciárias e trabalhistas, evitando penalidades e assegurando a correta documentação das condições de trabalho dos empregados.

O Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) foi fornecido pela empresa contratada?

ACHADO: A empresa contratada não forneceu o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição exija imediatamente a entrega do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) pela empresa contratada, conforme estipulado no contrato. Caso a empresa contratada não cumpra com essa obrigação, a instituição deve considerar a aplicação de penalidades previstas no contrato e, se necessário, buscar alternativas, como a contratação de outra empresa ou a utilização dos dados do eSocial para elaborar o PPP internamente, garantindo assim o cumprimento das obrigações legais e a proteção dos direitos dos empregados.

O Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) foi implementado?

ACHADO: O Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) não foi completamente implementado, resultando em informações incompletas ou desatualizadas sobre as condições de trabalho dos empregados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição tome medidas imediatas para completar a implementação do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP). Isso inclui a atualização de todos os dados dos empregados, a correção de informações inconsistentes e a integração completa das informações com o sistema eSocial. Além disso, deve-se estabelecer um sistema contínuo de monitoração e registro das condições de trabalho e saúde dos empregados, garantindo a conformidade com as exigências legais e a proteção dos direitos trabalhistas.

Devido às ausências de **(3) Análise Ergonômica do Trabalho (AET)**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

A instituição possui contrato com uma empresa especializada para elaborar a Análise Ergonômica do Trabalho (AET)?

ACHADO: A instituição não possui contrato com uma empresa especializada para elaborar a Análise Ergonômica do Trabalho (AET).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição considere a contratação de uma empresa especializada para realizar a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). A elaboração da AET por

profissionais qualificados é essencial para identificar e mitigar riscos ergonômicos, promovendo a saúde e segurança dos trabalhadores. A implementação de medidas ergonômicas adequadas pode reduzir a incidência de lesões relacionadas ao trabalho e melhorar a produtividade e o bem-estar dos empregados.

A Análise Ergonômica do Trabalho (AET) foi fornecida pela empresa contratada?

ACHADO: A empresa contratada não forneceu a Análise Ergonômica do Trabalho (AET).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição cobre imediatamente a entrega da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) pela empresa contratada, conforme estipulado no contrato. Caso a empresa não cumpra com sua obrigação, a instituição deve considerar a aplicação de penalidades previstas no contrato e, se necessário, buscar alternativas, como a contratação de outra empresa especializada para garantir a realização da AET. A conclusão da AET é fundamental para identificar e mitigar riscos ergonômicos, promovendo um ambiente de trabalho seguro e saudável para os empregados.

A Análise Ergonômica do Trabalho (AET) foi implementada?

ACHADO: A Análise Ergonômica do Trabalho (AET) não foi implementada.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição tome medidas imediatas para implementar a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). A implementação da AET é crucial para reduzir riscos ergonômicos, prevenir lesões ocupacionais e promover a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.

Devido às ausências de **(4) Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT)**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

O Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT) foi implementado?

ACHADO: O Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT) não foi implementado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente imediatamente as medidas e recomendações delineadas no Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT). Isso inclui a adoção de ações corretivas para mitigar os riscos identificados, a realização de treinamentos para os empregados sobre práticas seguras e a monitorização contínua das condições de trabalho. A implementação efetiva do LTCAT é fundamental para assegurar a conformidade com as normas de segurança e saúde ocupacional, protegendo a integridade física e mental dos trabalhadores.

Devido às ausências de **(5) Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

As medidas indicadas no relatório do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) foram implementadas?

ACHADO: As medidas indicadas no relatório do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) não foram implementadas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente imediatamente as medidas indicadas no relatório do PCMSO. Essas medidas são cruciais para a prevenção e controle de

riscos à saúde dos trabalhadores. A implementação deve incluir a realização de exames médicos periódicos, a adoção de medidas de controle ambiental e organizacional e a promoção de ações de saúde e segurança no trabalho. Além disso, deve-se monitorar continuamente a eficácia dessas medidas e ajustar o programa conforme necessário para assegurar a proteção da saúde ocupacional dos empregados.

Administrativos

Gestão de Processos de Pessoa Física – PF e Pessoa Jurídica - PJ

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas de comunicação entre os CRMVs no País, bem como a possibilidade de uso de múltiplos Sistemas de Protocolo e Cadastro, poderá **(1) ocorrer desencontro de informações pessoais com impactos no atendimento de demandas, podendo levar a erros na cobrança de Anuidades como cobranças indevidas e/ou em duplicidade, (2) equívocos nos processos de inscrição e/ou transferência, (3) cobranças indevidas e/ou em duplicidade, impactando na qualidade e celeridade do processo, levando a riscos estratégicos, de conformidade e operacionais.**

Devido a falhas de comunicação entre os CRMVs no País, bem como a possibilidade de uso de múltiplos Sistemas de Protocolo e Cadastro, poderá **(1) ocorrer desencontro de informações pessoais com impactos no atendimento de demandas, podendo levar a erros na cobrança de Anuidades como cobranças indevidas e/ou em duplicidade**, impactando na qualidade e celeridade do processo, levando a riscos estratégicos, de conformidade e operacionais.

As informações pessoais inseridas no SISCAD foram verificadas?

ACHADO: As informações pessoais inseridas no SISCAD não foram verificadas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 90/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente um processo de verificação contínua das informações pessoais inseridas no SISCAD. Esse processo deve incluir a revisão periódica dos dados para garantir a precisão e a atualização, bem como a correção de quaisquer discrepâncias identificadas.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A avaliação inadequada dos documentos recebidos para a inscrição de Pessoas Físicas e Jurídicas, poderá gerar cadastramentos indevidos, como de Profissionais não graduados detentores de diplomas falsificados, ou de Representantes de empresas irregulares, com riscos operacionais.

A autenticidade da documentação entregue, incluindo documentos pessoais e diploma de graduação, foi verificada?

ACHADO: A autenticidade da documentação entregue, incluindo documentos pessoais e diploma de graduação, não foi verificada.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 90/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente um procedimento rigoroso de verificação da autenticidade de toda a documentação entregue, incluindo documentos pessoais e diplomas de graduação. Isso pode incluir a utilização de tecnologias de validação documental e a consulta a fontes oficiais para confirmar a validade dos documentos apresentados.

A autenticidade da documentação entregue por representantes de empresas foi verificada?

ACHADO: A autenticidade da documentação entregue por representantes de empresas não foi verificada.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 90/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição estabeleça um procedimento rigoroso para a verificação da autenticidade da documentação entregue por representantes de empresas. Isso pode incluir a utilização de ferramentas de validação documental, a consulta a registros e fontes oficiais, e a implementação de um protocolo de verificação detalhado.

Administrativos

Gestão de Atendimento ao Público Externo

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a falhas e deficiências no processo de atendimento ao público na Instituição, tal como **(1) descumprimento ao horário estabelecido para atendimento externo**, **(2) ausência de orientações claras quanto a documentos e certidões necessários para os procedimentos administrativos inerentes à Autarquia**, **(3) deficiência no atendimento em canais online (Telefone, Whatsapp, Facebook, Instagram, Outros)** que possam dirimir ao menos dúvidas iniciais, **(4) não-atendimento à legislação que versa sobre prioridades em atendimentos**, **(5) ausência de informações quanto a canais de recebimento de críticas e sugestões**, podem colocar a Administração da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Face a falhas e deficiências no processo de atendimento ao público na Instituição, tal como **(1) descumprimento ao horário estabelecido para atendimento externo**, podem colocar a Administração da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Há normativos que estabeleceram as regras para o atendimento ao público externo?

ACHADO: Não há normativos que estabeleçam regras claras para o atendimento ao público externo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 91/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente normativos específicos que estabeleçam regras claras e detalhadas para o atendimento ao público externo. Esses normativos devem incluir diretrizes sobre o comportamento dos atendentes, os procedimentos de atendimento, os tempos de resposta, e os canais de comunicação disponíveis. A criação e a aplicação desses normativos ajudarão a assegurar um atendimento ao público de qualidade, consistente e eficiente, promovendo a satisfação e a confiança dos usuários.

Existe um plano de ação para a atividade de atendimento ao público externo?

ACHADO: Não existe um plano de ação para a atividade de atendimento ao público externo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 91/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e implemente um plano de ação específico para a atividade de atendimento ao público externo. Este plano deve incluir objetivos claros, estratégias, procedimentos operacionais, e métricas de desempenho para assegurar a qualidade e eficiência do atendimento.

Face a falhas e deficiências no processo de atendimento ao público na Instituição, tal como **(2) ausência de orientações claras quanto a documentos e certidões necessários para**

os procedimentos administrativos inerentes à Autarquia, podem colocar a Administração da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Há normativo estabelecendo as regras dos documentos/certidões necessárias para procedimentos administrativos?

ACHADO: Não há normativo estabelecendo as regras dos documentos/certidões necessários para procedimentos administrativos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 91/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e implemente um normativo que estabeleça claramente as regras e requisitos para os documentos e certidões necessários nos procedimentos administrativos. Este normativo deve detalhar os tipos de documentos exigidos para cada procedimento, os critérios de validade e autenticidade, e os prazos para apresentação. A existência de tais regras contribuirá para a padronização dos processos, a transparência e a eficiência administrativa.

Há um empregado designado para fornecer orientações ao público externo sobre a documentação/certidões necessárias para os procedimentos administrativos?

ACHADO: Não há um empregado designado especificamente para fornecer orientações ao público externo sobre a documentação/certidões necessárias para os procedimentos administrativos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 91/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição designe um empregado especificamente para fornecer orientações ao público externo sobre a documentação e certidões necessárias para os procedimentos administrativos. Esse empregado deve estar bem informado sobre os normativos e requisitos documentais, e ser capaz de orientar de maneira clara e precisa os usuários, garantindo que todos os procedimentos sejam compreendidos e seguidos corretamente. A presença de um ponto de contato dedicado pode melhorar a eficiência do atendimento e reduzir erros e retrabalho devido a documentação incompleta ou incorreta.

Face a falhas e deficiências no processo de atendimento ao público na Instituição, tal como **(3) deficiência no atendimento em canais online (Telefone, Whatsapp, Facebook, Instagram, Outros) que possam dirimir ao menos dúvidas iniciais**, podem colocar a Administração da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Há um empregado designado para desempenhar a atividade de atendimento em canais online?

ACHADO: Não há um empregado designado especificamente para desempenhar a atividade de atendimento em canais online.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 91/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição designe um empregado especificamente para o atendimento em canais online. Esse empregado deve ser capacitado para responder prontamente às consultas, fornecer informações precisas e orientar o público de forma eficaz através dos meios digitais. A designação de um responsável por esses canais ajudará a melhorar a qualidade e a eficiência do atendimento online, garantindo que as necessidades dos usuários sejam atendidas de maneira oportuna e profissional.

O empregado designado para desempenhar a atividade de atendimento em canais online recebeu a formação apropriada?

ACHADO: O empregado designado para desempenhar a atividade de atendimento em canais online não recebeu a formação apropriada.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 91/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição providencie formação apropriada para o empregado designado para o atendimento em canais online. Esse treinamento deve abranger habilidades de comunicação digital, conhecimentos sobre os procedimentos administrativos, uso eficaz das plataformas online e técnicas de atendimento ao cliente.

Face a falhas e deficiências no processo de atendimento ao público na Instituição, tal como **(5) ausência de informações quanto a canais de recebimento de críticas e sugestões**, podem colocar a Administração da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Existe informação sobre canais de recebimento de críticas e sugestões na instituição?

ACHADO: Não existem informações claras sobre canais de recebimento de críticas e sugestões na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 91/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição estabeleça e divulgue amplamente os canais de recebimento de críticas e sugestões. Esses canais podem incluir caixas de sugestões físicas, endereços de e-mail dedicados, formulários online e linhas telefônicas específicas. Além disso, é importante garantir que os usuários estejam cientes desses canais através de comunicações visíveis em locais de atendimento e no site da instituição. A implementação desses canais permitirá uma comunicação mais eficaz com o público e possibilitará melhorias contínuas nos serviços prestados.

Administrativos

Gestão de Licitações e Contratos

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a impropriedades e falhas técnicas em processos licitatórios (fracionamento de despesas sem amparo legal, subcontratação irregular, restrições ilegais a competitividade de empresas, atos de gestão ilegal e/ou antieconômico, inobservância de cláusulas essenciais, descumprimento de Acórdãos do TCU, alterações indevidas de projetos e especificações) todo esse conjunto de situações poderá levar a Diretoria da Autarquia a tomada equivocadas de decisão, com riscos operacionais.

O procedimento de compra ou contratação ocorreu sem a apresentação de impugnação ao edital ou recurso contra decisão do presidente da instituição?

ACHADO: O procedimento de compra ou contratação ocorreu com a apresentação de impugnação ao edital e recurso contra decisão do presidente da instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 10.3.1.1.I.

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição revise os procedimentos de elaboração dos editais e de tomada de decisões para assegurar maior clareza e conformidade com as normas legais. É importante que os editais sejam minuciosamente preparados para evitar ambiguidades e potenciais contestações. Além disso, deve-se garantir que todos os recursos e impugnações sejam tratados de maneira justa e transparente, com respostas detalhadas e fundamentadas, para evitar conflitos e garantir a lisura dos processos licitatórios. Capacitar a equipe responsável pela elaboração e revisão dos editais pode também ajudar a minimizar a ocorrência de impugnações e recursos.

O Termo de Referência era elaborado pela área demandante?

ACHADO: O Termo de Referência não era elaborado pela área demandante.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 92/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que o Termo de Referência seja elaborado pela área demandante, com apoio da área responsável pela licitação. Essa colaboração assegura que os requisitos técnicos e específicos sejam atendidos, enquanto se mantém a conformidade com as normas de licitação.

Foi realizada e comprovada a prévia e ampla pesquisa de preços (tanto para contratação quanto para prorrogação, aditamento, etc.) (em conformidade com a lei e as INs do Ministério do Planejamento) antes da autorização do ordenador de despesas para a realização da licitação?

ACHADO: Não foi realizada e comprovada a prévia e ampla pesquisa de preços antes da autorização do ordenador de despesas para a realização da licitação, em conformidade com a lei e as INs do Ministério do Planejamento.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 10.3.1.1.n.

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição realize e comprove a prévia e ampla pesquisa de preços para todas as contratações, prorrogações e aditamentos, em conformidade com a legislação e as instruções normativas do Ministério do Planejamento. Essa prática assegura a obtenção de melhores condições de mercado, promove a transparência e garante a legalidade dos processos licitatórios.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a falhas formais e procedimentos impróprios em processos licitatórios, como **(1)** aquisição emergencial de produtos e serviços, ferindo pressupostos importantes como Planejamento e Orçamento, e ainda sem as devidas Certidões de Regularidade e o consequente pagamento a fornecedores em bens e serviços, **(2)** elaboração/descrição ineficiente de Termos de Referência – TR e divergências textuais deste com o Edital e Minutas de Ata e Contrato, **(3)** fragmentação de despesas na aquisição de bens e serviços, com preços superestimados ou subestimados nas estimativas orçamentárias, **(4)** ausência de fiscalização na execução da despesa pública e suas etapas (contratação, execução, pagamento) , poderá levar a Gestão da Autarquia ao desperdício de recursos públicos e a erro, com riscos de conformidade, estratégicos e operacionais.

Face a falhas formais e procedimentos impróprios em processos licitatórios, como **(2) elaboração/descrição ineficiente de Termos de Referência – TR e divergências textuais deste com o Edital e Minutas de Ata e Contrato**, poderá levar a Gestão da Autarquia ao desperdício de recursos públicos e a erro, com riscos de conformidade, estratégicos e operacionais.

Durante o processo licitatório da instituição, o Termo de Referência (TR) foi adequadamente elaborado e não apresentou divergências textuais com o Edital, além de estar em conformidade com as Minutas de Ata e Contrato?

ACHADO: Durante o processo licitatório da instituição, o Termo de Referência (TR) não foi adequadamente elaborado, apresentando divergências textuais com o Edital e não estando em conformidade com as Minutas de Ata e Contrato.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 92/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição revise e melhore o processo de elaboração do Termo de Referência (TR) para garantir que esteja em total conformidade com o Edital, as Minutas de Ata e de Contrato. Isso pode ser alcançado através de uma revisão rigorosa e cruzada de todos os documentos licitatórios antes da publicação, assegurando a consistência textual e o alinhamento com as normas e exigências legais. A capacitação dos empregados envolvidos na elaboração desses documentos também é essencial para evitar futuras divergências.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a erros e impropriedades verificadas na Gestão de Relacionamento com Fornecedores, tal como **(1)** contratação de fornecedores, de quaisquer segmentos, elencados em “lista suja” de trabalho escravo, ou em condições análogas à escravidão, **(2)** licitação/contratação de empresas (fornecedores) que tenham sofrido punições legais, de acordo com a Lei 8.666/93, Lei 14.133/2021 e legislações subsequentes e/ou correlatas ao tema, **(3)** estocagem e armazenagem de itens nas Instituições feito de forma incorreta, **(4)** ausência de horário pré-definido, pela Instituição, para recebimento (logística) de produtos e mercadorias, podem levar a Alta Administração a erros na sua gestão, com riscos operacionais.

Devido a erros e impropriedades verificadas na Gestão de Relacionamento com Fornecedores, tal como **(3) estocagem e armazenagem de itens nas Instituições feito de forma incorreta**, podem levar a Alta Administração a erros na sua gestão, com riscos operacionais.

Referente à Gestão de Relacionamento com Fornecedores, a estocagem e armazenagem de itens nas Instituições foi conduzida de acordo com as práticas corretas?

ACHADO: A estocagem e armazenagem de itens nas Instituições não foram conduzidas de acordo com as práticas corretas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 92/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição adote práticas adequadas de estocagem e armazenagem, alinhadas com as melhores práticas e normas vigentes. Isso inclui a implementação de um sistema de gerenciamento de estoque eficiente, a capacitação dos empregados responsáveis pelo armazenamento e a realização de auditorias regulares para assegurar a conformidade com os procedimentos estabelecidos. A adoção dessas medidas contribuirá para a preservação da qualidade dos itens estocados, a otimização do espaço de armazenamento e a redução de perdas e danos.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face ao quantitativo de pessoal insuficiente e/ou sem a qualificação adequada para a função, podendo levar a contratações desvantajosas para a Administração, levando a objetos mal especificados, modelos que não permite adequada gestão contratual, com preços elevados, entre outros, com consequente desperdício de recursos (financeiros, pessoais, logísticos) públicos, poderá levar a Gestão da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

O quantitativo de pessoal designado para realização das atividades de contratações e licitações é suficiente para realização das demandas?

ACHADO: Não foi encontrada evidência que demonstre que o quantitativo de pessoal designado para a realização das atividades de contratações e licitações seja insuficiente.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 92/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição realize um mapeamento detalhado das atividades e um monitoramento contínuo das demandas para avaliar se o quantitativo de pessoal é adequado. Essa análise permitirá identificar possíveis gargalos e necessidades de ajuste no quadro de pessoal, garantindo que as atividades de contratações e licitações sejam executadas de maneira eficiente e dentro dos prazos estabelecidos.

Os servidores designados para realização das atividades de contratações e licitações possuem qualificação específica para o exercício da função?

ACHADO: Os empregados designados para a realização das atividades de contratações e licitações não possuem qualificação específica para o exercício da função.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 92/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição capacite os empregados designados para as atividades de contratações e licitações. A capacitação específica é fundamental para assegurar que todos os envolvidos estejam preparados para realizar suas funções de acordo com as normas legais e operacionais, garantindo a eficiência e a conformidade dos processos licitatórios.

Administrativos

Gestão de Patrimônio – Bens Imóveis e Móveis (edificações, veículos e equipamentos)

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a impropriedades e falhas identificadas no controle/gestão dos bens patrimoniais e seus valores patrimoniais, tal como **(1) não ter informações patrimoniais conciliadas e harmônicas com a Contabilidade, (2) ausência de processo/política de Gestão Patrimonial e seus respectivos controles, (3) não realizar inventário patrimonial geral em tempo determinado pela legislação nem tampouco, (4) inventário rotativo,** poderá levar a Diretoria da Instituição a erro, com riscos operacionais.

Devido a impropriedades e falhas identificadas no controle/gestão dos bens patrimoniais e seus valores patrimoniais, tal como **(1) não ter informações patrimoniais conciliadas e harmônicas com a Contabilidade,** poderá levar a Diretoria da Instituição a erro, com riscos operacionais.

Há na instituição informações patrimoniais conciliadas?

ACHADO: Não há informações patrimoniais conciliadas na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição realize a conciliação das informações patrimoniais. Esse processo deve incluir a revisão e atualização dos registros de bens, a verificação física dos itens e a reconciliação dos dados contábeis com os registros patrimoniais. A conciliação patrimonial é essencial para assegurar a precisão dos registros, facilitar a gestão dos ativos e garantir a conformidade com as normas contábeis e regulamentares.

Devido a impropriedades e falhas identificadas no controle/gestão dos bens patrimoniais e seus valores patrimoniais, tal como **(2) ausência de processo/política de Gestão Patrimonial e seus respectivos controles,** poderá levar a Diretoria da Instituição a erro, com riscos operacionais.

A instituição possui um processo ou política formal para a gestão patrimonial?

ACHADO: A instituição não possui um processo ou política formal para a gestão patrimonial.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um processo ou política formal para a gestão patrimonial. Essa política deve incluir diretrizes claras para o registro, controle, manutenção, conciliação e descarte de bens patrimoniais. A formalização de um processo de gestão patrimonial contribuirá para a organização e a transparência na administração dos ativos da instituição, garantindo a conformidade com as normas legais e a eficiência operacional.

A instituição possui controle do processo de gestão patrimonial?

ACHADO: A instituição não possui controle adequado do processo de gestão patrimonial.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente um controle rigoroso do processo de gestão patrimonial. Isso inclui a criação de registros detalhados dos bens, a realização de inventários periódicos, a conciliação dos dados patrimoniais com os registros contábeis e a definição de responsabilidades claras para a gestão dos ativos. O controle adequado é essencial para garantir a integridade, a segurança e a eficiência na administração dos bens da instituição.

Devido a impropriedades e falhas identificadas no controle/gestão dos bens patrimoniais e seus valores patrimoniais, tal como **(3) não realizar inventário patrimonial geral em tempo determinado pela legislação nem tampouco**, poderá levar a Diretoria da Instituição a erro, com riscos operacionais.

A instituição realiza inventário patrimonial geral em tempo determinado pela legislação?

ACHADO: A instituição não realiza inventário patrimonial geral no tempo determinado pela legislação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição passe a realizar inventários patrimoniais gerais dentro dos prazos estabelecidos pela legislação vigente. A realização regular desses inventários é essencial para assegurar a acuracidade dos registros patrimoniais, facilitar a gestão dos ativos e garantir a conformidade com as normas legais. Além disso, deve-se implementar um cronograma de inventários e capacitar os responsáveis para executar essas atividades de forma eficiente e precisa.

Devido a impropriedades e falhas identificadas no controle/gestão dos bens patrimoniais e seus valores patrimoniais, tal como **(4) inventário rotativo**, poderá levar a Diretoria da Instituição a erro, com riscos operacionais.

Há inventário rotativo na instituição?

ACHADO: A instituição não possui um inventário rotativo implementado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente um sistema de inventário rotativo. Esse sistema deve prever a contagem periódica de parcelas do patrimônio ao longo do ano, garantindo uma verificação contínua e atualizada dos bens. A implementação de um inventário rotativo ajuda a identificar discrepâncias de forma mais rápida, facilita a manutenção da precisão dos registros patrimoniais e assegura uma gestão mais eficiente e eficaz dos ativos da instituição.

Administrativos

Gestão de Diárias, Hospedagens e Passagens, Pagamento de Jetons

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a falhas e impropriedades no processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação em quesitos tal como **(1)** normativas internas desatualizadas e em desacordo com determinações de Órgãos de Controle, **(2)** ausência de planejamento estratégico interno (em especial quanto aquisição de bilhetes em melhor relação custo x benefício), **(3)** ausência de devida justificativas quanto a convite a palestrantes, alteração de datas de reuniões/eventos e deslocamentos em fins de semana, **(4)** não integração entre o Sistema de Viagens e Sistemas de Orçamento/Finanças da Instituição, **(5)** concessão de diárias e passagens a profissionais inadimplentes quanto à prestação de contas (não devolução de relatório, bilhetes, etc.), **(6)** ausência de comprovantes de embarque e/ou de relatório de viagem, **(7)** autoconcessão em passagens,

diárias ou ressarcimentos, **(8) desobediência a prazos estabelecidos em normativos**, poderá levar os Gestores da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Face a falhas e impropriedades no processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação em quesitos tal como **(1) normativas internas desatualizadas e em desacordo com determinações de Órgãos de Controle**, poderá levar os Gestores da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Há normativos internos relacionados ao processo de trabalho gestão de passagens, diárias, jetons e verba de representação?

ACHADO: Não existem normativos internos relacionados ao processo de trabalho de gestão de passagens, diárias, jetons e verba de representação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e implemente normativos internos específicos para a gestão de passagens, diárias, jetons e verba de representação. Esses normativos devem definir claramente os procedimentos, critérios e responsabilidades para a solicitação, aprovação e prestação de contas dessas despesas. A formalização desses processos contribuirá para a transparência, o controle e a conformidade com as normas legais, além de assegurar a utilização adequada dos recursos institucionais.

Face a falhas e impropriedades no processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação em quesitos tal como **(2) ausência de planejamento estratégico interno (em especial quanto aquisição de bilhetes em melhor relação custo x benefício)**, poderá levar os Gestores da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Existe planejamento estratégico interno (em especial quanto a aquisição de bilhetes de passagens aéreas)?

ACHADO: Não existe planejamento estratégico interno específico para a aquisição de bilhetes de passagens aéreas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um planejamento estratégico interno para a aquisição de bilhetes de passagens aéreas. Esse planejamento deve incluir diretrizes para a compra antecipada, políticas de escolha de voos e companhias aéreas, critérios de custo-benefício e procedimentos de aprovação. A implementação de um planejamento estratégico para essas aquisições ajudará a otimizar os recursos, garantir a eficiência e promover a transparência no uso das passagens aéreas.

Face a falhas e impropriedades no processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação em quesitos tal como **(3) ausência de devida justificativas quanto a convite a palestrantes, alteração de datas de reuniões/eventos e deslocamentos em fins de semana**, poderá levar os Gestores da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Existe normativo com critérios definidos quanto a escolha dos palestrantes para eventos institucionais?

ACHADO: Não existe um normativo com critérios definidos para a escolha dos palestrantes para eventos institucionais.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e implemente um normativo com critérios claros e definidos para a escolha dos palestrantes para eventos institucionais. Esse normativo deve incluir critérios como a relevância do tema, a experiência e qualificação

do palestrante, a compatibilidade com os objetivos do evento e as condições de contratação. A definição de critérios contribuirá para a transparência, a qualidade e a coerência na seleção dos palestrantes, além de assegurar que os eventos institucionais atendam aos padrões esperados.

Face a falhas e impropriedades no processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação em quesitos tal como **(4) não integração entre o Sistema de Viagens e Sistemas de Orçamento/Finanças da Instituição**, poderá levar os Gestores da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Existiu interface, automação entre os sistemas de viagens e sistema de orçamento/finanças, contabilidade?

ACHADO: Não existiu interface ou automação entre os sistemas de viagens e os sistemas de orçamento/finanças e contabilidade.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente uma interface automatizada entre os sistemas de viagens e os sistemas de orçamento/finanças e contabilidade. A automação desses processos permitirá uma integração mais eficiente e precisa dos dados, melhorando o controle, a gestão e a transparência das despesas de viagem. Essa integração pode também reduzir erros manuais e facilitar a conciliação de informações financeiras, promovendo uma gestão mais eficaz dos recursos institucionais.

Face a falhas e impropriedades no processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação em quesitos tal como **(5) concessão de diárias e passagens a profissionais inadimplentes quanto à prestação de contas (não devolução de relatório, bilhetes, etc.)**, poderá levar os Gestores da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

No processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação existiu concessão de diárias e passagens a profissionais inadimplentes quanto à prestação de contas (não devolução de relatório, bilhetes, etc.)?

ACHADO: Houve concessão de diárias e passagens a profissionais inadimplentes quanto à prestação de contas, incluindo a não devolução de relatórios e bilhetes.

RESPOSTA: Sim

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição estabeleça um controle rigoroso para a concessão de diárias e passagens, assegurando que apenas profissionais que estejam em conformidade com a prestação de contas possam receber novas concessões. Isso inclui a implementação de um sistema de verificação prévia para identificar inadimplências e a exigência de regularização antes da aprovação de novas solicitações. Essas medidas garantirão maior responsabilidade e transparência na gestão de passagens e diárias, prevenindo inadimplências recorrentes.

Face a falhas e impropriedades no processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação em quesitos tal como **(6) ausência de comprovantes de embarque e/ou de relatório de viagem**, poderá levar os Gestores da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Há ausência de comprovantes de embarque no processo de trabalho gestão de passagens, diárias, jetons e verba de representação?

ACHADO: Foi constatada a ausência de comprovantes de embarque no processo de trabalho de gestão de passagens, diárias, jetons e verba de representação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente procedimentos rigorosos para assegurar a apresentação e o arquivamento dos comprovantes de embarque. Isso inclui a definição de prazos e responsabilidades claras para a entrega desses comprovantes pelos beneficiários, além da realização de auditorias periódicas para verificar a conformidade. A apresentação dos comprovantes de embarque é essencial para garantir a transparência e a prestação de contas adequada das despesas relacionadas a passagens e diárias.

Face a falhas e impropriedades no processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação em quesitos tal como **(8) desobediência a prazos estabelecidos em normativos**, poderá levar os Gestores da Autarquia a erro, com riscos operacionais.

Existe normativo relacionado ao processo de trabalho de Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação?

ACHADO: Não existe um normativo relacionado ao processo de trabalho de Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e implemente um normativo específico para o processo de trabalho de Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação. Esse normativo deve incluir diretrizes claras sobre os procedimentos para solicitação, aprovação, concessão e prestação de contas dessas despesas, além de critérios de elegibilidade e responsabilidades dos envolvidos. A formalização desse processo contribuirá para a transparência, a eficiência e a conformidade com as normas legais, garantindo o uso adequado dos recursos institucionais.

Os prazos existentes no normativo relacionado ao processo de trabalho de Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação são seguidos?

ACHADO: Os prazos existentes no normativo relacionado ao processo de trabalho de Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação não são seguidos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição adote medidas para garantir o cumprimento rigoroso dos prazos estabelecidos no normativo de Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação. Isso pode incluir a implementação de um sistema de monitoramento de prazos, a realização de treinamentos periódicos para os empregados sobre a importância do cumprimento dos prazos e a aplicação de medidas corretivas em caso de descumprimento. Assegurar o cumprimento dos prazos é essencial para manter a eficiência e a transparência no uso dos recursos institucionais.

Administrativos

Gestão de Livro de Registro de Empregados e Pastas Funcionais

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas na gestão dos livros de registros e pastas funcionais e Carteiras de Trabalho dos empregados, como **(1) documentação de Colaboradores faltantes e/ou desatualizados**, **(2) registro de Colaboradores faltantes e/ou desatualizados**, **(3) controles de ponto faltantes e/ou desatualizados**, por meios físicos ou eletrônicos, **(4) livro de inspeção do trabalho não-acessível ao Fiscal do Trabalho**, pode ocasionar erros aos processos de Gestão de Pessoas, com riscos operacionais.

Devido a falhas na gestão dos livros de registros e pastas funcionais e Carteiras de Trabalho dos empregados, como **(1) documentação de Colaboradores faltantes e/ou**

desatualizados, pode ocasionar erros aos processos de Gestão de Pessoas, com riscos operacionais.

Existe empregado designado para gerir a documentação dos empregados?

ACHADO: Não existe um empregado designado formalmente para gerir a documentação dos empregados.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição designe formalmente um empregado responsável pela gestão da documentação dos empregados. Essa designação deve ser oficializada através de portaria ou outro instrumento formal. O responsável deve assegurar que todos os documentos relacionados aos empregados estejam organizados, atualizados e armazenados de forma segura e acessível, garantindo a conformidade com as normas legais e regulatórias e facilitando a gestão eficiente dos recursos humanos da instituição.

Devido a falhas na gestão dos livros de registros e pastas funcionais e Carteiras de Trabalho dos empregados, como **(2) registro de Colaboradores faltantes e/ou desatualizados**, pode ocasionar erros aos processos de Gestão de Pessoas, com riscos operacionais.

Há regras formalizadas para o registro de empregados na instituição?

ACHADO: Não há regras formalizadas para o registro de empregados na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente regras formalizadas para o registro de empregados. Essas regras devem incluir diretrizes claras sobre os procedimentos de admissão, atualização de informações, manutenção de registros e desligamento de empregados. A formalização dessas regras garantirá a conformidade com as normas trabalhistas, promoverá a transparência e facilitará a gestão eficiente dos recursos humanos.

É elaborado um Termo de Solicitação de Carteira de Trabalho para o empregado?

ACHADO: Não é elaborado um Termo de Solicitação de Carteira de Trabalho para o empregado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição passe a elaborar um Termo de Solicitação de Carteira de Trabalho para o empregado. Este termo deve formalizar a entrega da Carteira de Trabalho ao empregador para fins de registro e atualização, garantindo a rastreabilidade e a conformidade com as normas trabalhistas. A implementação desse procedimento contribuirá para uma gestão mais organizada e transparente dos documentos dos empregados.

As pastas funcionais são armazenadas em um local que dificulta o livre acesso?

ACHADO: As pastas funcionais não são armazenadas em um local que dificulta o livre acesso.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição armazene as pastas funcionais em um local seguro que dificulte o livre acesso, garantindo a confidencialidade e a integridade das informações dos empregados. Esse local deve ser acessível apenas a pessoas autorizadas, de acordo com as políticas de segurança da informação e privacidade. Implementar essas

medidas de segurança é fundamental para proteger os dados pessoais e sensíveis dos empregados, evitando acessos não autorizados e possíveis violações de privacidade.

Devido a falhas na gestão dos livros de registros e pastas funcionais e Carteiras de Trabalho dos empregados, como **(3) controles de ponto faltantes e/ou desatualizados, por meios físicos ou eletrônicos**, pode ocasionar erros aos processos de Gestão de Pessoas, com riscos operacionais.

Existe normativo referente ao controle de ponto na instituição?

ACHADO: Não existe um normativo referente ao controle de ponto na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e implemente um normativo específico para o controle de ponto. Esse normativo deve incluir diretrizes claras sobre a marcação de pontos, os procedimentos para a correção de erros, a gestão de horas extras, e as responsabilidades dos empregados e gestores. A formalização dessas regras contribuirá para a conformidade com as normas trabalhistas, promovendo a transparência e a precisão no registro da jornada de trabalho.

O controle de ponto é realizado de forma manual?

ACHADO: O controle de ponto é realizado de forma manual na instituição.

RESPOSTA: Sim

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição considere a implementação de um sistema eletrônico de controle de ponto, preferencialmente um sistema biométrico com comprovante, conforme permitido pela Portaria 373/2011 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). A adoção de um sistema eletrônico proporcionará maior precisão e confiabilidade nos registros de horas trabalhadas, além de facilitar a gestão e o monitoramento da jornada de trabalho dos empregados.

A instituição possui sistema de registro de ponto eletrônico?

ACHADO: A instituição não possui um sistema de registro de ponto eletrônico.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente um sistema de registro de ponto eletrônico, preferencialmente com tecnologia biométrica e comprovante, conforme permitido pela Portaria 373/2011 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). A adoção de um sistema eletrônico proporcionará maior precisão e confiabilidade nos registros de horas trabalhadas, facilitará a gestão da jornada de trabalho e reduzirá a possibilidade de erros ou fraudes associados ao controle manual.

Devido a falhas na gestão dos livros de registros e pastas funcionais e Carteiras de Trabalho dos empregados, como **(4) livro de inspeção do trabalho não-acessível ao Fiscal do Trabalho**, pode ocasionar erros aos processos de Gestão de Pessoas, com riscos operacionais.

Há um Livro de Inspeção do Trabalho disponível na instituição?

ACHADO: Ausência de um Livro de Inspeção do Trabalho na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a implementação imediata de um Livro de Inspeção do Trabalho conforme estabelecido pela legislação trabalhista vigente. O Livro deve ser mantido atualizado e disponível para consulta, registrando todas as inspeções realizadas, observações

pertinentes e ações corretivas adotadas. Essa medida visa assegurar o cumprimento das normativas trabalhistas, proporcionando transparência e organização nos registros das atividades relacionadas ao trabalho na instituição. O Livro Eletrônico de Inspeção do Trabalho (e-Social) foi instituído pela Portaria SEPT 1.195/2019 e entrou em vigor a partir de 1º de janeiro de 2020. Ele substituiu a versão física do Livro de Inspeção do Trabalho, digitalizando o registro das informações trabalhistas, previdenciárias e fiscais dos empregadores.

O Livro de Inspeção do Trabalho está disponível em um local de fácil acesso para o fiscal do trabalho?

ACHADO: O Livro de Inspeção do Trabalho não está disponível em um local de fácil acesso para o fiscal do trabalho.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se relocar imediatamente o Livro de Inspeção do Trabalho para um local de fácil acesso e visibilidade dentro das instalações da instituição, próximo à área de Recursos Humanos ou outro setor designado para gestão de documentos trabalhistas. Para garantir o cumprimento das obrigações relacionadas ao eSocial (Livro de Inspeção do Trabalho Eletrônico), você pode considerar o seguinte passo: Verificação de Acesso ao eSocial: Disponibilidade para Fiscalização: Assegure que o eSocial esteja disponível para consulta imediata por fiscais do trabalho, garantindo que todos os dados necessários estejam acessíveis e organizados conforme exigido.

Administrativos

Gestão de Folhas de Pagamento, Férias e Rescisões de Contrato de Trabalho de Colaboradores

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: As impropriedades e falhas processuais em Recursos Humanos, tal como **(1)** erros no processo de admissão e demissão de pessoal, **(2)** erros em cálculos de folhas de pagamento, **(3)** erros em cálculos de férias, controle de prazos e vigências, 13º Salário e Descanso Semanal Remunerado (DSR), **(4)** ausência de automação e integração do controle de ponto com folha de pagamento, entre outros pagamentos, levará os Diretores da Instituição a tomar decisões equivocadas, com riscos operacionais.

As impropriedades e falhas processuais em Recursos Humanos, tal como **(1) erros no processo de admissão e demissão de pessoal**, levará os Diretores da Instituição a tomar decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Existe uma política formal para admissão de pessoal na instituição?

ACHADO: Ausência de uma política formal para admissão de pessoal na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se a elaboração e implementação imediata de uma política formal para admissão de pessoal na instituição. Esta política deve estabelecer diretrizes claras e procedimentos padronizados para o processo de recrutamento, seleção e contratação de empregados, assegurando transparência, equidade e conformidade com as normativas trabalhistas e regulatórias aplicáveis.

Há controle do extrato do CNIS-INSS?

ACHADO: Ausência de controle do extrato do CNIS-INSS na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um sistema de controle regular e sistemático do extrato do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) do INSS. Este controle deve incluir a verificação periódica dos registros previdenciários dos empregados, assegurando que todas as contribuições e informações estejam corretamente registradas e atualizadas. A adoção desse sistema ajudará a garantir a conformidade com as obrigações previdenciárias, minimizando o risco de inconsistências ou problemas futuros relacionados aos benefícios previdenciários dos empregados.

Existe uma política formalizada para o processo de demissão de pessoal na instituição?

ACHADO: Ausência de uma política formalizada para o processo de demissão de pessoal na instituição,

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se desenvolver e implementar imediatamente uma política formalizada para o processo de demissão de pessoal na instituição. Esta política deve estabelecer diretrizes claras e procedimentos padronizados para a condução de demissões, incluindo os critérios para demissão, os passos a serem seguidos durante o processo de desligamento, a comunicação aos empregados e os direitos e responsabilidades das partes envolvidas.

As impropriedades e falhas processuais em Recursos Humanos, tal como **(2) erros em cálculos de folhas de pagamento**, levará os Diretores da Instituição a tomar decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Há a necessidade de realizar cálculos para o fechamento de impostos na folha de pagamento?

ACHADO: Os cálculos para o fechamento de impostos na folha de pagamento são realizados manualmente na instituição, sem utilização de sistema automatizado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024

RECOMENDAÇÃO: Sugerimos implementar um sistema automatizado para os cálculos de impostos na folha de pagamento, substituindo os processos manuais atuais. Antes da implementação, realizar um estudo de viabilidade financeira e orçamentária para avaliar os custos de aquisição, customização e treinamento necessários. Isso garantirá eficiência operacional e conformidade com as normativas fiscais e trabalhistas vigentes.

As impropriedades e falhas processuais em Recursos Humanos, tal como **(4) ausência de automação e integração do controle de ponto com folha de pagamento, entre outros pagamentos**, levará os Diretores da Instituição a tomar decisões equivocadas, com riscos operacionais.

A instituição utiliza algum sistema para automação da folha de pagamento?

ACHADO: A instituição não utiliza nenhum sistema para automação da folha de pagamento.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: 10.7.1.4.a - Certidão 3

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se avaliar a viabilidade de implementar um sistema automatizado para a automação da folha de pagamento na instituição. Antes de qualquer decisão, é essencial realizar um estudo detalhado das questões financeiras e orçamentárias envolvidas, considerando os custos de aquisição, customização e treinamento necessários.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Falhas e impropriedades **(1)** em Termos de Posse (como ausência de assinatura, carimbos, papel sem timbre oficial), **(2)** no próprio processo de gestão das Reuniões Ordinárias (ausência de planejamento de datas, assinaturas, sequências de numeração e nº de reuniões realizadas, quórum), podem levar os Gestores a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Falhas e impropriedades **(2) no próprio processo de gestão das Reuniões Ordinárias (ausência de planejamento de datas, assinaturas, sequências de numeração e nº de reuniões realizadas, quórum)**, podem levar os Gestores a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Existe controle das reuniões ordinárias e extraordinárias?

ACHADO: Não há controle das reuniões ordinárias e extraordinárias na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 94/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um sistema de controle eficaz para registrar e acompanhar as reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas.

Cumprindo o que determina a LGPD, as Atas, criadas por ocasião das sessões estão publicadas no Portal da Instituição?

ACHADO: Verificou-se que as atas criadas por ocasião das sessões não estão sendo publicadas no Portal da Instituição em conformidade com as disposições da LGPD.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 94/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se revisar os procedimentos atuais para garantir que as atas das sessões sejam publicadas de acordo com as diretrizes estabelecidas pela LGPD. Isso inclui assegurar que as informações pessoais e sensíveis contidas nas atas sejam tratadas com confidencialidade e segurança durante o processo de publicação online. Implementar medidas para proteger os dados pessoais dos participantes das sessões, como mascaramento ou omissão de informações sensíveis, quando necessário. Além disso, é fundamental fornecer orientação e treinamento contínuo aos responsáveis pela publicação das atas para garantir o cumprimento adequado das normativas de proteção de dados pessoais.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Falhas e impropriedades na gestão e controle de expedição de Portarias, Resoluções, Certificados, Cédulas de Identidade e outras Normas, podem levar os Gestores a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Existe procedimento interno que institua padronização da numeração dos atos normativos emitidos pela instituição?

ACHADO: Durante a auditoria, verificou-se que não existe procedimento interno que institua a padronização da numeração dos atos normativos emitidos pela instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 94/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer um procedimento interno que institua a padronização da numeração dos atos normativos emitidos pela instituição. Este procedimento deve definir uma metodologia clara e consistente para a numeração dos atos, incluindo a identificação única, a sequência cronológica e a categorização dos documentos normativos. A padronização da numeração facilitará a organização, controle e referência dos

atos normativos, promovendo transparência, eficiência administrativa e conformidade com as práticas recomendadas.

Os atos normativos gerados pela Instituição estão publicados no site?

ACHADO: Os atos normativos gerados pela instituição não estão sendo devidamente publicados no site.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 94/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um procedimento para assegurar que todos os atos normativos gerados pela instituição sejam prontamente publicados no site oficial. Este procedimento deve incluir a definição de responsabilidades claras, prazos e métodos de atualização regular das informações. A publicação dos atos normativos no site promoverá a transparência das atividades da instituição, facilitará o acesso às normativas vigentes por parte dos interessados e reforçará a conformidade com as diretrizes de governança e prestação de contas.

Há gestão e controle de Certificados emitidos pela Instituição?

ACHADO: Não há um sistema adequado de gestão e controle dos certificados emitidos pela instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 94/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se implementar um sistema de gestão e controle eficaz para os certificados emitidos pela instituição. Este sistema deve incluir a criação de registros detalhados de todos os certificados emitidos, incluindo informações como data de emissão, destinatário, número do certificado e outras informações pertinentes.

Administrativos

Gestão e Manutenção da Infraestrutura

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Infraestrutura da Autarquia, tal como **(1)** ausência de Gestão de Contratos pertinentes à área, **(2)** ausência de licenças e alvarás, **(3)** ausência de manuais e políticas de Manutenção Predial (no que tange à segurança das instalações hidráulicas e elétricas), **(4)** ausência de estabelecimento de prioridades e rotinas diárias, semanais, mensais, trimestrais, semestrais e anuais, **(5)** ausência de Equipamentos de Proteção Individuais/EPIs para proteção da saúde funcional, **(6)** ausência de Equipamentos de Proteção Coletiva/EPCs para proteção da saúde funcional, **(7)** ausências de capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos), pode levar a Diretoria do Conselho a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Infraestrutura da Autarquia, tal como **(1) ausência de Gestão de Contratos pertinentes à área**, pode levar a Diretoria do Conselho a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Há Contratos na Instituição ligados à Gestão e Manutenção da Infraestrutura?

ACHADO: Não foram identificados contratos específicos ligados à gestão e manutenção da infraestrutura.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se realizar um estudo para avaliar a viabilidade financeira e operacional de contratar serviços para a gestão e manutenção da infraestrutura da

instituição. Esse estudo deve considerar os custos envolvidos, as necessidades da instituição, e os potenciais benefícios de ter serviços especializados para garantir a eficiência e a conservação adequada dos recursos físicos. A análise financeira ajudará a fundamentar decisões futuras sobre a terceirização ou contratação de serviços para melhor gerenciar e manter a infraestrutura da instituição.

Possui empregado designado para a gestão de Infraestrutura na Autarquia?

ACHADO: Não há empregado designado especificamente para a gestão de infraestrutura na autarquia.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024

RECOMENDAÇÃO: É recomendável designar um empregado responsável pela gestão da infraestrutura, assegurando uma administração mais eficiente e apropriada dos recursos físicos da autarquia.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Infraestrutura da Autarquia, tal como **(2) ausência de licenças e alvarás**, pode levar a Diretoria do Conselho a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

A licença ou alvará das instalações da Instituição está regular(vigente)?

ACHADO: A licença ou alvará das instalações da instituição não está regular (vigente).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se regularizar imediatamente a licença ou alvará das instalações da instituição, garantindo que esteja vigente conforme as normativas legais e regulamentares aplicáveis. É essencial realizar as devidas atualizações, renovações ou procedimentos necessários junto aos órgãos competentes para assegurar a conformidade legal das operações da instituição e evitar possíveis sanções ou interrupções nas atividades.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Infraestrutura da Autarquia, tal como **(3) ausência de manuais e políticas de Manutenção Predial (no que tange à segurança das instalações hidráulicas e elétricas)**, pode levar a Diretoria do Conselho a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Há manual e ou política de manutenção predial?

ACHADO: Não há manual ou política formal de manutenção predial identificado na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se desenvolver e implementar um manual ou política de manutenção predial que estabeleça diretrizes claras para a conservação, reparo e gestão dos imóveis da instituição. Este documento deve incluir procedimentos para inspeções regulares, cronograma de manutenção preventiva, responsabilidades dos envolvidos, procedimentos para solicitação e execução de reparos, além de considerar aspectos de segurança, eficiência energética e conformidade com normas ambientais. A criação de um manual ou política estruturada facilitará a gestão eficaz dos recursos físicos da instituição, promovendo a durabilidade e a eficiência dos espaços utilizados.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Infraestrutura da Autarquia, tal como **(4) ausência de estabelecimento de prioridades e rotinas diárias, semanais, mensais, trimestrais, semestrais e anuais**, pode levar a Diretoria do Conselho a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Há estabelecimento de prioridades e rotinas das atividades de Infraestrutura da Instituição?

ACHADO: Não foram identificadas prioridades estabelecidas nem rotinas claras para as atividades de infraestrutura na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se estabelecer um sistema para determinar prioridades e rotinas claras para as atividades de infraestrutura. Isso pode incluir a definição de critérios de urgência, importância e impacto para orientar a alocação de recursos e esforços. A implementação de um sistema estruturado ajudará a otimizar a gestão dos recursos físicos da instituição, assegurando que as atividades de manutenção, reparo e melhoria sejam conduzidas de maneira eficiente e conforme as necessidades prioritárias da organização.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Infraestrutura da Autarquia, tal como **(5) ausência de Equipamentos de Proteção Individuais/EPIs para proteção da saúde funcional**, pode levar a Diretoria do Conselho a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Há disponibilização de EPIs aos empregados envolvidos no processo de Manutenção Predial?

ACHADO: Não há disponibilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) aos empregados envolvidos no processo de manutenção predial.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024

RECOMENDAÇÃO: Implementar imediatamente a disponibilização adequada de EPIs aos empregados durante as atividades de manutenção predial, assegurando a conformidade com as normativas de segurança.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Infraestrutura da Autarquia, tal como **(6) ausência de Equipamentos de Proteção Coletiva/EPCs para proteção da saúde funcional**, pode levar a Diretoria do Conselho a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Há disponibilização de EPCs aos empregados envolvidos no processo de Manutenção Predial?

ACHADO: Não há disponibilização adequada de Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs) aos empregados envolvidos no processo de manutenção predial.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024

RECOMENDAÇÃO: Disponibilizar EPCs aos empregados durante a manutenção predial para garantir a segurança conforme normativas vigentes.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Infraestrutura da Autarquia, tal como **(7) ausências de capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos)**, pode levar a Diretoria do Conselho a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Os empregados responsáveis pela manutenção predial da Instituição receberam capacitação (reciclagem de conhecimento)?

ACHADO: Os empregados responsáveis pela manutenção predial da instituição não receberam capacitação ou reciclagem de conhecimento.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição providencie capacitação contínua e reciclagem de conhecimento para os empregados responsáveis pela manutenção predial. A

atualização regular das habilidades e conhecimentos é essencial para garantir a segurança, eficiência e qualidade dos serviços de manutenção, além de assegurar a conformidade com as normas técnicas e de segurança.

Administrativos

Gestão de Protocolo e Arquivo

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Arquivo, tal como carência em capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos), podem levar a Alta Administração a erros em decisões, com riscos operacionais.

Há Portaria de criação do Setor de Arquivo, com atribuições e competências do setor?

ACHADO: Não há Portaria de criação do Setor de Arquivo, com atribuições e competências do setor.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e publique uma Portaria de criação do Setor de Arquivo, definindo claramente as atribuições e competências desse setor. A formalização do Setor de Arquivo é fundamental para assegurar a organização, preservação e gestão adequada dos documentos institucionais, além de garantir a conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis.

Há empregado designado a desempenhar as atividades de arquivo?

ACHADO: Não há um empregado designado especificamente para desempenhar as atividades de arquivo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição designe formalmente um empregado para desempenhar as atividades de arquivo. Esse empregado deve ser responsável pela organização, preservação e gestão dos documentos institucionais, garantindo que todas as atividades de arquivo sejam realizadas de maneira eficiente e em conformidade com as normas aplicáveis. A designação formal deve ser oficializada por meio de portaria ou outro instrumento administrativo.

Foram realizadas capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos) para os empregados lotados na atividade de arquivo?

ACHADO: Não foram realizadas capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos) para os empregados lotados na atividade de arquivo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição providencie capacitações e treinamentos regulares para os empregados lotados na atividade de arquivo. A reciclagem de conhecimentos é essencial para assegurar que os empregados estejam atualizados sobre as melhores práticas e normas de gestão documental, garantindo a eficiência e a conformidade das atividades de arquivo. Implementar um programa contínuo de capacitação contribuirá para a organização, preservação e gestão adequada dos documentos institucionais.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Protocolo, tal como (1) carência em capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos), (2) uso de um sistema/software de Protocolo para documentos/processos

que precisa de atualização, ou mesmo sua substituição, com uso de processos eletrônicos em ambiente virtual, sem impressão de papel, podem levar a Alta Administração a erros em decisões, com riscos operacionais.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Protocolo, tal como **(1) carência em capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos)**, podem levar a Alta Administração a erros em decisões, com riscos operacionais.

Há Portaria de criação do Setor de Protocolo, com atribuições e competências do setor?

ACHADO: Não há Portaria de criação do Setor de Protocolo, com atribuições e competências do setor.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e publique uma Portaria de criação do Setor de Protocolo, definindo claramente as atribuições e competências desse setor. A formalização do Setor de Protocolo é essencial para garantir a organização, a eficiência e a conformidade dos processos de recebimento, registro e tramitação de documentos institucionais.

Há empregado designado a desempenhar as atividades de protocolo?

ACHADO: Não há um empregado designado especificamente para desempenhar as atividades de protocolo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição designe formalmente um empregado para desempenhar as atividades de protocolo. Esse empregado deve ser responsável pelo recebimento, registro e tramitação de documentos, garantindo que todas as atividades de protocolo sejam realizadas de maneira eficiente e em conformidade com as normas aplicáveis. A designação formal deve ser oficializada por meio de portaria ou outro instrumento administrativo.

Foram realizadas capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos) para os empregados lotados na atividade de protocolo?

ACHADO: Não foram realizadas capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos) para os empregados lotados na atividade de protocolo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição providencie capacitações e treinamentos regulares para os empregados lotados na atividade de protocolo.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Protocolo e Arquivo, tal como **(1) ausência de uma Política de Gestão Documental**, para conteúdos físicos e/ou digitais, **(2) ausência de uma Política de Gestão Arquivística** (desde a etapa de produção do documento, categorização e catalogação – documentos, processos, obras literárias, obras de arte, entre outros - até sua temporalidade e destinação final, seja preservação permanente ou mesmo seu descarte), **(3) ausência de ambiente adequado para armazenamento da documentação que compõe o Arquivo**, podem levar a Alta Administração a erros em decisões, com riscos operacionais.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Protocolo e Arquivo, tal como **(1) ausência de uma Política de Gestão Documental, para conteúdos físicos e/ou digitais**, podem levar a Alta Administração a erros em decisões, com riscos operacionais.

Há política de gestão documental?

ACHADO: Não há uma política de gestão documental na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente uma política de gestão documental. Essa política deve incluir diretrizes claras sobre a criação, classificação, armazenamento, acesso, preservação e descarte de documentos. A formalização de uma política de gestão documental contribuirá para a organização, a eficiência e a conformidade das práticas de gestão documental.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Protocolo e Arquivo, tal como **(2) ausência de uma Política de Gestão Arquivística (desde a etapa de produção do documento, categorização e catalogação – documentos, processos, obras literárias, obras de arte, entre outros - até sua temporalidade e destinação final, seja preservação permanente ou mesmo seu descarte)**, podem levar a Alta Administração a erros em decisões, com riscos operacionais.

Há política de gestão arquivística?

ACHADO: Não há uma política de gestão arquivística na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente uma política de gestão arquivística. Essa política deve estabelecer diretrizes para a organização, classificação, armazenamento, acesso, preservação e descarte de documentos arquivísticos.

Devido a falhas e impropriedades levantadas na Gestão de Protocolo e Arquivo, tal como **(3) ausência de ambiente adequado para armazenamento da documentação que compõe o Arquivo**, podem levar a Alta Administração a erros em decisões, com riscos operacionais.

A documentação que compõe o arquivo está armazenada em ambiente adequado?

ACHADO: A documentação que compõe o arquivo não está armazenada em ambiente adequado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição providencie um ambiente adequado para o armazenamento da documentação do arquivo. Esse ambiente deve atender às normas de segurança e preservação, incluindo controle de temperatura e umidade, proteção contra incêndios e acesso restrito para evitar danos e garantir a integridade dos documentos.

Administrativos

Gestão de Copa e Cozinha

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido à estruturação inadequada do Setor/Instalações de Cozinha/Copa, como **(1) inadequação às normas da ANVISA, (2) ausência de laudo AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, (3) estrutura inadequada (fiação elétrica, pisos irregulares, etc.), (4) ausência de Equipamentos de Proteção Individuais – EPIs, caso necessário, (5) ausência de Equipamentos de Proteção Coletiva/EPCs, caso necessário, (6) inadequação às metodologias de Saúde e Segurança do Trabalho – SST e suas instâncias regulatórias que abordam atividades inerentes a uma cozinha (com riscos de diferentes naturezas, como choques elétricos, queimaduras, quedas, cortes e perfurações, etc.),** pode levar os Gestores da Autarquia a erro, com consequente aplicação de multas administrativas, e com riscos operacionais.

Devido à estruturação inadequada do Setor/Instalações de Cozinha/Copa, como **(1) inadequação às normas da ANVISA**, pode levar os Gestores da Autarquia a erro, com consequente aplicação de multas administrativas, e com riscos operacionais.

Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, a instituição possui laudo da vigilância sanitária?

ACHADO: Embora exista um espaço destinado a copa e cozinha, a instituição não possui um laudo da vigilância sanitária.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 97/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição solicite uma inspeção da vigilância sanitária e obtenha o laudo correspondente para o espaço destinado a copa e cozinha. O laudo da vigilância sanitária é essencial para assegurar que as condições de higiene e segurança do espaço atendem aos padrões legais e regulamentares, garantindo um ambiente saudável para os empregados.

Devido à estruturação inadequada do Setor/Instalações de Cozinha/Copa, como **(2) ausência de laudo AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros**, pode levar os Gestores da Autarquia a erro, com consequente aplicação de multas administrativas, e com riscos operacionais.

Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, existe laudo AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros?

ACHADO: Embora exista um espaço destinado a copa e cozinha, a instituição não possui o laudo AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 97/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição providencie a obtenção do laudo AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros para o espaço destinado a copa e cozinha. O AVCB é fundamental para certificar que o local atende às normas de segurança contra incêndios, garantindo a proteção e a segurança dos empregados. A obtenção deste laudo é necessária para a conformidade com as exigências legais e a prevenção de riscos no ambiente de trabalho.

Devido à estruturação inadequada do Setor/Instalações de Cozinha/Copa, como **(3) estrutura inadequada (fiação elétrica, pisos irregulares, etc.)**, pode levar os Gestores da Autarquia a erro, com consequente aplicação de multas administrativas, e com riscos operacionais.

Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, existe empresa contratada para apresentar Laudo das instalações da copa/cozinha, devidamente assinado por responsável técnico?

ACHADO: Embora exista um espaço destinado a copa e cozinha, a instituição não possui um laudo das instalações da copa/cozinha assinado por um responsável técnico de empresa contratada.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 97/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição avalie a possibilidade de contratar uma empresa especializada para avaliar as instalações da copa/cozinha e fornecer um laudo técnico devidamente assinado por um responsável. Esse laudo é essencial para assegurar que as instalações estão em conformidade com as normas de segurança e higiene, garantindo um ambiente seguro e saudável para os empregados.

Devido à estruturação inadequada do Setor/Instalações de Cozinha/Copa, como **(4) ausência de Equipamentos de Proteção Individuais – EPIs, caso necessário**, pode levar os

Gestores da Autarquia a erro, com consequente aplicação de multas administrativas, e com riscos operacionais.

Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, há disponibilização de EPIs aos empregados lotados na copa/cozinha?

ACHADO: Embora exista um espaço destinado a copa e cozinha, não há disponibilização de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) aos empregados lotados na copa/cozinha.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 97/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição disponibilize os EPIs necessários aos empregados lotados na copa/cozinha. A disponibilização e o uso adequado de EPIs são essenciais para garantir a segurança e a saúde dos empregados, conforme as normas regulamentadoras de segurança do trabalho.

Devido à estruturação inadequada do Setor/Instalações de Cozinha/Copa, como **(5) ausência de Equipamentos de Proteção Coletiva/EPCs, caso necessário**, pode levar os Gestores da Autarquia a erro, com consequente aplicação de multas administrativas, e com riscos operacionais.

Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, há disponibilização de EPCs aos empregados lotados na copa/cozinha?

ACHADO: Embora exista um espaço destinado a copa e cozinha, não há disponibilização de EPCs (Equipamentos de Proteção Coletiva) aos empregados lotados na copa/cozinha.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 97/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição disponibilize os EPCs necessários para a segurança dos empregados lotados na copa/cozinha. Esses equipamentos podem incluir exaustores, sinalização adequada, extintores de incêndio e tapetes antiderrapantes, conforme as atividades realizadas e os riscos identificados. A disponibilização e o uso adequado de EPCs são essenciais para garantir a segurança coletiva no ambiente de trabalho, conforme as normas regulamentadoras de segurança do trabalho.

Devido à estruturação inadequada do Setor/Instalações de Cozinha/Copa, como **(6) inadequação às metodologias de Saúde e Segurança do Trabalho - SST e suas instâncias regulatórias que abordam atividades inerentes a uma cozinha (com riscos de diferentes naturezas, como choques elétricos, queimaduras, quedas, cortes e perfurações, etc.)**, pode levar os Gestores da Autarquia a erro, com consequente aplicação de multas administrativas, e com riscos operacionais.

Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, existe laudo, devidamente assinado por responsável técnico, com as inadequações às metodologias de Saúde e Segurança do Trabalho - SST e suas instâncias regulatórias que abordam atividades inerentes à copa/cozinha?

ACHADO: Embora exista um espaço destinado a copa e cozinha, a instituição não possui um laudo, devidamente assinado por responsável técnico, com as inadequações às metodologias de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) e suas instâncias regulatórias que abordam atividades inerentes à copa/cozinha.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 97/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição avalie a possibilidade de contratar um profissional qualificado para elaborar um laudo técnico que identifique e documente as inadequações às metodologias de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) e suas instâncias regulatórias relacionadas às atividades da copa/cozinha. Esse laudo deve ser assinado por um responsável técnico e incluir recomendações para a correção das inadequações identificadas.

Administrativos

Gestão de Eventos

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a falhas e impropriedades no processo de Gestão de Eventos, tal como **(1) ausência de planejamento/execução/avaliação**, bem como acompanhamento de resultados, **(2) ausência de calendário anual de eventos da Autarquia**, **(3) ausência de comunicação aos setores envolvidos de forma tempestiva**, **(4) carência em capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos)**, **(5) solicitações verbais que causam ruídos na comunicação e prejuízos à realização do evento**, **(6) ausência de contratação de Empresa especializada em eventos e dificuldades em sua contratação**, **(7) ausência de um Manual de Eventos que contribua para melhor concepção dos mesmos**, **(8) não-cumprimento do calendário com demandas em prazos intempestivos (“em cima da hora”)** para boa execução dos eventos, poderá levar a decisões equivocadas por parte dos Diretores da Autarquia, com riscos operacionais.

Face a falhas e impropriedades no processo de Gestão de Eventos, tal como **(1) ausência de planejamento/execução/avaliação**, bem como **acompanhamento de resultados**, poderá levar a decisões equivocadas por parte dos Diretores da Autarquia, com riscos operacionais.

Há Portaria de criação do Setor de Eventos, com atribuições e competências?

ACHADO: Não há Portaria de criação do Setor de Eventos, com atribuições e competências definidas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição elabore e publique uma Portaria de criação do Setor de Eventos, definindo claramente as atribuições e competências desse setor. A formalização do Setor de Eventos é essencial para assegurar a organização, a eficiência e a conformidade dos processos relacionados à realização de eventos institucionais.

Há plano de ação da atividade de eventos?

ACHADO: Não há plano de ação para a atividade de eventos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um plano de ação específico para a atividade de eventos. Esse plano deve incluir objetivos claros, cronogramas detalhados, alocação de recursos, definição de responsabilidades e indicadores de desempenho.

Há acompanhamento do resultado dos eventos?

ACHADO: Não há acompanhamento formal do resultado dos eventos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente um processo de acompanhamento e avaliação dos resultados dos eventos. Esse processo deve incluir a coleta de feedback dos participantes, a análise dos objetivos alcançados e a identificação de pontos de melhoria. A implementação de um acompanhamento formal permitirá a instituição avaliar o sucesso dos eventos, ajustar estratégias futuras e garantir que os objetivos institucionais sejam atingidos de maneira eficaz.

Face a falhas e impropriedades no processo de Gestão de Eventos, tal como **(2) ausência de calendário anual de eventos da Autarquia**, poderá levar a decisões equivocadas por parte dos Diretores da Autarquia, com riscos operacionais.

A instituição possui calendário anual de eventos?

ACHADO: A instituição não possui um calendário anual de eventos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e publique um calendário anual de eventos. Este calendário deve incluir todas as datas importantes para os eventos planejados ao longo do ano, proporcionando uma visão clara e organizada das atividades futuras. A criação de um calendário anual de eventos facilitará o planejamento, a coordenação e a comunicação, garantindo que todos os envolvidos estejam informados e preparados para participar e contribuir para o sucesso dos eventos institucionais.

O calendário de Eventos da Autarquia é publicado no site Institucional?

ACHADO: O calendário de eventos da autarquia não é publicado no site institucional.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição publique o calendário de eventos no site institucional. A publicação do calendário de eventos no site promove a transparência, facilita o acesso às informações pelos interessados e permite um melhor planejamento e organização por parte dos participantes. Além disso, disponibilizar o calendário online ajuda a divulgar os eventos da instituição de maneira ampla e acessível.

Face a falhas e impropriedades no processo de Gestão de Eventos, tal como **(3) ausência de comunicação aos setores envolvidos de forma tempestiva**, poderá levar a decisões equivocadas por parte dos Diretores da Autarquia, com riscos operacionais.

O plano de ação dos eventos institucionais é cumprido?

ACHADO: O plano de ação dos eventos institucionais não é cumprido integralmente.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição adote medidas para assegurar o cumprimento integral do plano de ação dos eventos institucionais. Isso inclui a designação de responsáveis por cada etapa do plano, a definição de prazos claros, e a realização de monitoramentos regulares para avaliar o progresso e fazer ajustes necessários. Garantir o cumprimento do plano de ação é essencial para a organização e o sucesso dos eventos, além de assegurar que os objetivos institucionais sejam alcançados de maneira eficiente.

Face a falhas e impropriedades no processo de Gestão de Eventos, tal como **(4) carência em capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos)**, poderá levar a decisões equivocadas por parte dos Diretores da Autarquia, com riscos operacionais.

Há capacitações para o Setor de Eventos?

ACHADO: Não há capacitações regulares para os empregados lotados no Setor de Eventos.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente um programa de capacitação regular para os empregados do Setor de Eventos. A capacitação contínua é essencial para garantir que os empregados estejam atualizados com as melhores práticas e novas tendências, contribuindo para a realização de eventos de alta qualidade.

Face a falhas e impropriedades no processo de Gestão de Eventos, tal como **(5) solicitações verbais que causam ruídos na comunicação e prejuízos à realização do evento**, poderá levar a decisões equivocadas por parte dos Diretores da Autarquia, com riscos operacionais.

Há plano de ação dos eventos?

ACHADO: Não há plano de ação para os eventos institucionais.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um plano de ação detalhado para cada evento institucional. Esse plano deve incluir objetivos claros, cronogramas detalhados, alocação de recursos, definição de responsabilidades e indicadores de desempenho.

Face a falhas e impropriedades no processo de Gestão de Eventos, tal como **(6) ausência de contratação de Empresa especializada em eventos e dificuldades em sua contratação**, poderá levar a decisões equivocadas por parte dos Diretores da Autarquia, com riscos operacionais.

Existe empresa especializada em eventos contratada?

ACHADO: Existe empresa especializada em eventos contratada

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição realize um estudo detalhado, levando em consideração questões financeiras e orçamentárias, para avaliar a viabilidade de contratar uma empresa especializada em eventos. Esse estudo ajudará a instituição a tomar uma decisão informada sobre a contratação, considerando os benefícios potenciais e os custos envolvidos.

Face a falhas e impropriedades no processo de Gestão de Eventos, tal como **(7) ausência de um Manual de Eventos que contribua para melhor concepção dos mesmos**, poderá levar a decisões equivocadas por parte dos Diretores da Autarquia, com riscos operacionais.

Há Manual de Eventos devidamente institucionalizado?

ACHADO: Não há um Manual de Eventos devidamente institucionalizado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e institucionalize um Manual de Eventos. Este manual deve incluir diretrizes e procedimentos detalhados para o planejamento, organização e execução de eventos institucionais, abrangendo aspectos como logística, orçamento, comunicação, segurança e avaliação de resultados. A criação de um Manual de Eventos contribuirá para a padronização dos processos, a eficiência operacional e a garantia de qualidade na realização dos eventos da instituição.

Face a falhas e impropriedades no processo de Gestão de Eventos, tal como **(8) não-cumprimento do calendário com demandas em prazos intempestivos ("em cima da hora") para boa execução dos eventos**, poderá levar a decisões equivocadas por parte dos Diretores da Autarquia, com riscos operacionais.

Existe calendário de eventos na instituição?

ACHADO: Não há um Manual de Eventos devidamente institucionalizado.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e institucionalize um Manual de Eventos. Este manual deve incluir diretrizes e procedimentos detalhados para o planejamento, organização e execução de eventos institucionais, abrangendo aspectos como logística, orçamento, comunicação, segurança e avaliação de resultados. A criação de um Manual de Eventos contribuirá para a padronização dos processos, a eficiência operacional e a garantia de qualidade na realização dos eventos da instituição.

O calendário dos eventos é cumprido?

ACHADO: O calendário dos eventos não é cumprido integralmente.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição adote medidas para assegurar o cumprimento integral do calendário dos eventos. Isso pode incluir a designação de responsáveis por cada evento, a definição de prazos claros, e a realização de monitoramentos regulares para avaliar o progresso e fazer ajustes necessários.

Administrativos

Gestão do Meio Ambiente e Saúde (Pandemias)

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a falhas e ineficiências na Gestão de Riscos em Meio Ambiente e Saúde, tal como **(1) ausência de planejamento institucional no tocante a Segurança e Saúde do Trabalho em Pandemias em todos os seus requisitos, (2) ausência de práticas ambientais, sociais e de governança – ESG que possuam indicadores e a devida possibilidade de medição, (3) inexistência de processo de Coleta Seletiva de Lixo (resíduos) que minimamente separe lixo orgânico de lixo seco, (4) ausência de Normas de Higiene Ocupacionais – NHOs, que identifiquem e categorizem riscos ambientais inerentes, vide COVID-19, pode levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos operacionais.**

Devido a falhas e ineficiências na Gestão de Riscos em Meio Ambiente e Saúde, tal como **(2) ausência de práticas ambientais, sociais e de governança – ESG que possuam indicadores e a devida possibilidade de medição, vide COVID-19, pode levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos operacionais.**

A Instituição aplica alguma prática ambiental?

ACHADO: A instituição não aplica práticas ambientais formalizadas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 99/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente práticas ambientais sustentáveis. Isso pode incluir iniciativas como a gestão adequada de resíduos, a redução do consumo de recursos naturais, a implementação de programas de reciclagem, o uso de tecnologias ecoeficientes, e a promoção de ações educativas sobre sustentabilidade entre os empregados. A adoção de práticas ambientais contribui para a responsabilidade social e ambiental da instituição, além de estar alinhada com as melhores práticas de governança corporativa.

Devido a falhas e ineficiências na Gestão de Riscos em Meio Ambiente e Saúde, tal como **(3) inexistência de processo de Coleta Seletiva de Lixo (resíduos) que minimamente separe lixo orgânico de lixo seco, vide COVID-19, pode levar os Diretores da Instituição a erro, com riscos operacionais.**

A Instituição realiza processo de Coleta Seletiva de Lixo?

ACHADO: A instituição não realiza o processo de coleta seletiva de lixo.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 99/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição avalie a possibilidade de implementar um processo de coleta seletiva de lixo. Essa avaliação deve considerar os aspectos logísticos, financeiros e educativos necessários para a separação adequada dos resíduos recicláveis e não recicláveis. A implementação da coleta seletiva contribuirá para a sustentabilidade ambiental e a responsabilidade social da instituição.

Cibernéticos

Gestão da Tecnologia da Informação – TI

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Face a impropriedades e falhas na Gestão da Tecnologia da Informação – TI, tal como **(1) ausência de uma Política de TI, consolidada em um Plano Diretor de Tecnologia da Informação – PDTI, (2) ausência de Governança na área, com estratégias e diretrizes claras para o segmento, amparadas com o comprometimento da Alta Administração, (3) ausência de definição de prioridades e planejamento, pode levar a decisões equivocadas, com riscos operacionais.**

Face a impropriedades e falhas na Gestão da Tecnologia da Informação – TI, tal como **(1) ausência de uma Política de TI, consolidada em um Plano Diretor de Tecnologia da Informação – PDTI,** pode levar a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Possui uma política de TI, consolidada em um Plano Diretor de Tecnologia da Informação - PDTI?

ACHADO: A instituição não possui uma política de TI consolidada em um Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI).

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente uma política de TI consolidada em um Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI). O PDTI deve incluir diretrizes estratégicas para a gestão de recursos tecnológicos, planejamento de investimentos, segurança da informação, governança de TI, e suporte às necessidades operacionais e estratégicas da instituição. A criação de um PDTI contribuirá para a eficiência, segurança e alinhamento das iniciativas de TI com os objetivos institucionais.

Face a impropriedades e falhas na Gestão da Tecnologia da Informação – TI, tal como **(2) ausência de Governança na área, com estratégias e diretrizes claras para o segmento, amparadas com o comprometimento da Alta Administração,** pode levar a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

Existe política de Governança na área de TI?

ACHADO: Não existe uma política de Governança na área de TI na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente uma política de Governança na área de TI. Esta política deve incluir diretrizes para a gestão de recursos tecnológicos, alinhamento estratégico com os objetivos institucionais, gestão de riscos, segurança da informação, e monitoramento de desempenho. A implementação de uma política de Governança de TI é fundamental para assegurar a eficácia, eficiência e conformidade das operações de TI, além de promover a transparência e a responsabilidade na gestão dos recursos tecnológicos.

Na política de Governança as estratégias e diretrizes estão definidas?

ACHADO: Na política de Governança de TI existente, as estratégias e diretrizes não estão claramente definidas.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição revise e atualize a política de Governança de TI para incluir definições claras das estratégias e diretrizes. Essas estratégias e diretrizes devem abranger a gestão de recursos tecnológicos, segurança da informação, gestão de riscos, alinhamento com os objetivos institucionais e monitoramento de desempenho. A clareza nas estratégias e diretrizes é essencial para a eficácia da Governança de TI, garantindo que todas as ações e decisões estejam alinhadas com os objetivos estratégicos da instituição e promovam a transparência e a responsabilidade na gestão dos recursos tecnológicos.

Existe instrumento que comprove o comprometimento da Alta Administração com a política de Governança ?

ACHADO: Não existe instrumento que comprove o comprometimento da Alta Administração com a política de Governança de TI.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e formalize um instrumento que comprove o comprometimento da Alta Administração com a política de Governança de TI. Este instrumento pode incluir declarações oficiais, portarias, resoluções ou compromissos assinados pelos membros da Alta Administração, demonstrando o apoio e a responsabilidade pela implementação e aderência à política de Governança de TI.

Face a impropriedades e falhas na Gestão da Tecnologia da Informação – TI, tal como **(3) ausência de definição de prioridades e planejamento**, pode levar a decisões equivocadas, com riscos operacionais.

No planejamento estratégico, contempla-se a definição de prioridades e o planejamento para o setor de TI?

ACHADO: No planejamento estratégico, não se contempla a definição de prioridades e o planejamento específico para o setor de TI.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição inclua a definição de prioridades e o planejamento específico para o setor de TI no seu planejamento estratégico. Isso deve envolver a identificação de objetivos estratégicos de TI, a alocação de recursos, a implementação de projetos prioritários e a definição de métricas de desempenho. Integrar o planejamento de TI ao planejamento estratégico geral da instituição é essencial para garantir que as iniciativas tecnológicas apoiem e impulsionem os objetivos institucionais, promovendo a eficiência e a inovação.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Devido a erros e impropriedades verificados na contratação terceirizada de serviços de Tecnologia da Informação, muitas vezes focados somente em assessoramento de suporte técnico e não de um serviço de Gestão de Tecnologia da Informação, assim como sem o devido levantamento da capacidade técnica da empresa a ser contratado, podem levar a Diretoria Executiva à realização de contratações que não atendem aos objetivos previstos, com riscos operacionais.

No contrato de terceirização de serviços de Tecnologia da Informação são contemplados serviços de Gestão de Tecnologia da Informação?

ACHADO: No contrato de terceirização de serviços de Tecnologia da Informação, não são contemplados serviços de Gestão de Tecnologia da Informação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição revise e atualize o contrato de terceirização de serviços de Tecnologia da Informação para incluir serviços de Gestão de Tecnologia da Informação. A inclusão desses serviços no contrato assegurará que a empresa terceirizada forneça suporte abrangente e especializado, incluindo a gestão de recursos tecnológicos, segurança da informação, monitoramento de desempenho e alinhamento estratégico com os objetivos institucionais.

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: O baixo nível de automação em Tecnologia da Informação - TI faz com que **(1)** muitas atividades de atendimento/suporte ainda sejam manuais, **(2)** a mão-de-obra do Setor seja insuficiente para atendimento de demandas na Instituição, **(3)** a mão-de-obra do Setor sem capacitação via palestras e treinamentos para atendimento de demandas na Instituição, **(4)** ausência de priorização de projetos, **(5)** a não-renovação de hardware (equipamentos) pelo tempo de uso e obsolescência (estações de trabalho, servidores, outros), **(6)** invasões hackers, vazamento de informações, bugs e erros de softwares, **(7)** possível ausência de um plano de contingência junto a uma Política de TI, podem levar os Diretores a erro, com riscos operacionais.

O baixo nível de automação em Tecnologia da Informação - TI faz com que **(1) muitas atividades de atendimento/suporte ainda sejam manuais**, podem levar os Diretores a erro, com riscos operacionais.

Existe automação em Tecnologia da Informação - TI para as atividades de atendimento/suporte?

ACHADO: Não existe automação em Tecnologia da Informação (TI) para as atividades de atendimento/suporte.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente soluções de automação em Tecnologia da Informação (TI) para as atividades de atendimento e suporte. Isso pode incluir a utilização de sistemas de ticketing, chatbots, bases de conhecimento e ferramentas de monitoramento proativo.

O baixo nível de automação em Tecnologia da Informação - TI faz com que **(2) a mão-de-obra do Setor seja insuficiente para atendimento de demandas na Instituição**, podem levar os Diretores a erro, com riscos operacionais.

A mão de obra do setor é suficiente para atender às demandas?

ACHADO: Não foi encontrada evidência suficiente para determinar se a mão de obra do setor de TI é adequada para atender às demandas atuais.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição realize um estudo detalhado para avaliar a suficiência da mão de obra no setor de TI em relação às demandas atuais e futuras. Esse estudo deve considerar a carga de trabalho, a complexidade das tarefas, as qualificações necessárias e o volume de solicitações de atendimento/suporte. Com base nos resultados, a instituição deve tomar as medidas adequadas, que podem incluir a contratação de mais pessoal, a realocação de recursos internos ou a capacitação dos empregados existentes, garantindo que a equipe de TI possa atender de maneira eficaz e eficiente às demandas do setor.

O baixo nível de automação em Tecnologia da Informação - TI faz com que **(4) ausência de priorização de projetos**, podem levar os Diretores a erro, com riscos operacionais.

Existiu um plano de ação para os projetos de TI?

ACHADO: Não existiu um plano de ação para os projetos de TI.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um plano de ação detalhado para todos os projetos de TI. Esse plano deve incluir objetivos claros, cronogramas, alocação de recursos, definição de responsabilidades e indicadores de desempenho.

O baixo nível de automação em Tecnologia da Informação - TI faz com que **(6) invasões hackers, vazamento de informações, bugs e erros de softwares**, podem levar os Diretores a erro, com riscos operacionais.

Existe plano de trabalho para gerenciamento preventivo quanto a invasão hackers?

ACHADO: Não existe um plano de trabalho para o gerenciamento preventivo quanto a invasão de hackers.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um plano de trabalho para o gerenciamento preventivo de invasões de hackers. A adoção dessas medidas é essencial para proteger a integridade, a confidencialidade e a disponibilidade dos dados e sistemas da instituição, minimizando os riscos de ataques cibernéticos.

Existe política contra vazamento de informações?

ACHADO: Não existe uma política formal contra vazamento de informações na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente uma política formal contra vazamento de informações. Essa política deve incluir diretrizes sobre a classificação e proteção de dados sensíveis, controle de acesso a informações confidenciais, procedimentos para detectar e responder a incidentes de vazamento de informações e treinamento regular dos empregados sobre práticas seguras de manuseio de informações. A implementação dessa política é essencial para proteger a confidencialidade e a integridade das informações institucionais.

Existe política preventiva a bugs?

ACHADO: Não existe uma política preventiva a bugs na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente uma política preventiva a bugs. Essa política deve incluir diretrizes para a identificação, registro e correção de bugs, bem como práticas de desenvolvimento seguro, testes rigorosos antes da implementação de software e atualizações regulares. A implementação dessa política é essencial para garantir a estabilidade, segurança e eficiência dos sistemas de TI da instituição.

Existe processo de trabalho para ações preventivas dos erros de softwares?

ACHADO: Não existe um processo de trabalho para ações preventivas dos erros de software na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um processo de trabalho para ações preventivas dos erros de software. Esse processo deve incluir procedimentos de teste e validação rigorosos antes da implementação de software, monitoramento contínuo dos sistemas, e atualizações regulares para corrigir vulnerabilidades. A adoção dessas medidas é essencial para minimizar a ocorrência de erros de software e garantir a estabilidade e a eficiência dos sistemas da instituição.

O baixo nível de automação em Tecnologia da Informação - TI faz com que **(7) possível ausência de um plano de contingência junto a uma Política de TI**, podem levar os Diretores a erro, com riscos operacionais.

Existe plano de contingência junto a uma Política de TI?

ACHADO: Não existe um plano de contingência junto a uma Política de TI na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um plano de contingência integrado à Política de TI. Esse plano deve incluir estratégias para a recuperação de dados, continuidade dos serviços, resposta a incidentes de segurança e procedimentos claros para a restauração de sistemas críticos em caso de falhas ou desastres. A adoção de um plano de contingência é essencial para garantir a resiliência e a continuidade das operações da instituição em situações adversas.

Cibernéticos

Gestão de Projetos de TI

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: A Gestão de Projetos – como do Sistema Unificado de Administração Pública/SUAP – no que compete à Área de Tecnologia da Informação – TI em termos de implementação da solução pronta, criado com o objetivo de gestão eletrônica de documentos e processos, levará a mudanças e rupturas na cultura organizacional, ambiente e tarefas de trabalho, bem como no seu tempo de completa implantação, podendo levar os Empregados Públicos do CFMV a erro, com riscos operacionais.

A instituição tem plano com ações de implementação de novos sistemas (Como o SUAP)?

ACHADO: A instituição não possui um plano com ações de implementação de novos sistemas, como o SUAP.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um plano de ação específico para a implementação de novos sistemas, como o SUAP. Esse plano deve incluir etapas detalhadas de planejamento, cronogramas, alocação de recursos, treinamento de usuários, testes de funcionalidades e monitoramento pós-implementação. A criação de um plano estruturado garantirá uma transição suave e eficiente para novos sistemas, minimizando interrupções e maximizando os benefícios tecnológicos para a instituição.

O plano prevê mitigação dos eventuais conflitos com a mudança de cultura?

ACHADO: O plano de implementação de novos sistemas não prevê a mitigação dos eventuais conflitos com a mudança de cultura.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição inclua no plano de implementação de novos sistemas, como o SUAP, estratégias específicas para a mitigação dos eventuais conflitos decorrentes da mudança de cultura. Essas estratégias podem envolver ações como a comunicação clara e contínua sobre os benefícios e impactos da mudança, a capacitação dos empregados para o uso do novo sistema, a criação de canais de feedback e suporte durante o processo de transição, e o envolvimento dos líderes e gestores na promoção e apoio à mudança. A consideração desses aspectos é crucial para assegurar a aceitação e o sucesso da implementação do novo sistema.

Cibernéticos

Gestão de Segurança da Informação

RISCO OU REQUISITO DE AUDITORIA: Por conta de inconsistências no quesito fundamental e estratégico Segurança da Informação, tal como **(1) utilização de softwares desatualizados e com vulnerabilidade tecnológica, (2) uso de sistemas com brechas de segurança, (3) desvios de dados sem soluções de correção e/ou monitoramento, (4) ataques de ransomware/phishing, (5) riscos à integridade, disponibilidade e confidencialidade de informações sensíveis à Autarquia**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

Por conta de inconsistências no quesito fundamental e estratégico Segurança da Informação, tal como **(1) utilização de softwares desatualizados e com vulnerabilidade tecnológica**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

Existe projeto de atualização dos softwares utilizados na instituição?

ACHADO: Não existe um projeto de atualização dos softwares utilizados na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente um projeto de atualização dos softwares utilizados. Esse projeto deve incluir uma análise detalhada dos softwares atuais, a identificação de necessidades de atualização, a definição de um cronograma de atualizações regulares e a alocação de recursos necessários. A atualização contínua dos softwares é essencial para garantir a segurança, a eficiência e a compatibilidade dos sistemas com as necessidades operacionais da instituição.

Existe acompanhamento da vulnerabilidade tecnológica da instituição?

ACHADO: Não existe acompanhamento regular da vulnerabilidade tecnológica da instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente um programa contínuo de acompanhamento e avaliação das vulnerabilidades tecnológicas. Esse programa deve incluir a realização de auditorias de segurança, testes de penetração, monitoramento de sistemas e atualização regular de softwares de segurança. O acompanhamento proativo das vulnerabilidades tecnológicas é essencial para identificar e mitigar riscos, garantindo a proteção dos dados e a integridade dos sistemas da instituição.

Por conta de inconsistências no quesito fundamental e estratégico Segurança da Informação, tal como **(2) uso de sistemas com brechas de segurança**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

Existe acompanhamento da vulnerabilidade no quesito segurança tecnológica da instituição?

ACHADO: Não existe acompanhamento regular das vulnerabilidades no quesito segurança tecnológica da instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: Diárias não atualizadas

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente um programa contínuo de acompanhamento e avaliação das vulnerabilidades de segurança tecnológica. Esse programa deve incluir auditorias de segurança, testes de penetração, monitoramento de sistemas e atualizações regulares de softwares de segurança. A implementação desse acompanhamento proativo é essencial para identificar e mitigar riscos, garantindo a proteção dos dados e a integridade dos sistemas da instituição.

Por conta de inconsistências no quesito fundamental e estratégico Segurança da Informação, tal como **(3) desvios de dados sem soluções de correção e/ou monitoramento**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

Existem ações de soluções de correção e/ou monitoramento voltados para a segurança da informação na instituição?

ACHADO: Não existem ações de soluções de correção e/ou monitoramento voltadas para a segurança da informação na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: Diárias não atualizadas

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente ações específicas de correção e monitoramento voltadas para a segurança da informação. Essas ações devem incluir a instalação e atualização de softwares de segurança, a realização de auditorias regulares, a implementação de sistemas de monitoramento em tempo real, e a capacitação dos empregados em práticas de segurança da informação. A adoção dessas medidas é essencial para proteger os dados da instituição contra ameaças e vulnerabilidades, garantindo a integridade e a confidencialidade das informações.

Por conta de inconsistências no quesito fundamental e estratégico Segurança da Informação, tal como **(4) ataques de ransomware/phishing**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

Existem ações contra ataques de ransomware/phishing voltados para a segurança da informação na instituição?

ACHADO: Não existem ações específicas contra ataques de ransomware/phishing voltadas para a segurança da informação na instituição.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: Diárias não atualizadas

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição implemente ações específicas para proteger contra ataques de ransomware e phishing. Essas ações devem incluir treinamento e conscientização dos empregados sobre como reconhecer e evitar esses ataques, a instalação e manutenção de sistemas de segurança como antivírus e firewalls, a realização de backups regulares e seguros dos dados críticos, e o desenvolvimento de políticas claras sobre o uso seguro de e-mails e navegação na internet.

Por conta de inconsistências no quesito fundamental e estratégico Segurança da Informação, tal como **(5) riscos à integridade, disponibilidade e confidencialidade de informações sensíveis à Autarquia**, podem levar a Diretoria a erro, com riscos operacionais.

No quesito segurança da informação, existem ações realcionadas a riscos à integridade, disponibilidade e confidencialidade de informações sensíveis à Autarquia?

ACHADO: Não existem ações específicas relacionadas a riscos à integridade, disponibilidade e confidencialidade de informações sensíveis à autarquia no quesito segurança da informação.

RESPOSTA: Não

EVIDÊNCIA: Diárias não atualizadas

RECOMENDAÇÃO: Recomenda-se que a instituição desenvolva e implemente ações específicas voltadas para a proteção da integridade, disponibilidade e confidencialidade de informações sensíveis. Essas ações devem incluir a realização de avaliações de risco, a implementação de controles de acesso rigorosos, a criptografia de dados sensíveis, a realização de auditorias regulares de segurança da informação, e a capacitação contínua dos empregados sobre práticas seguras de manuseio de informações.

LISTA DE EVIDÊNCIAS

1. Diárias não atualizadas

Diárias	
— Conselheiros	
2023	
2022	
Janeiro a Abril Maio Junho Julho a Setembro Outubro a Dezembro	
2021	
2020	
2019	
2018	
2017	
+ Empregados	

2. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 76/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347); Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640); Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657); Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048); e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Lucas de Souza Dias. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.2.1 e 1.3.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 1.1.1.1.a Existe normativo de criação do setor de controladoria? Respondido que não. 1.1.1.1.b Há algum normativo com competências, atribuições e objetivos da controladoria? Respondido que não. 1.1.1.1.c O modo de contratação (concurso público ou cargo comissionado) para o profissional que desempenha as atividades de controlador é formalmente estabelecido? Respondido que não. 1.1.1.1.d Há um plano de trabalho/planejamento da controladoria? Respondido que não. 1.1.1.1.e Existe relatório de acompanhamento das ações da controladoria? Respondido que não. 1.1.1.2.a Existe mecanismo de monitoramento para proteção dos ativos da instituição (como, por exemplo, Comissão de Tomada de Contas - CTC devidamente instituída)? Respondido que sim. 1.1.1.2.b Há controle de gastos na instituição (como decisões de Diretoria ou Plenário limitando gastos com compras, aquisições, despesas com diárias, por exemplo, a partir de relatórios, análises ou pareceres elaborados pelo Setor Contábil)? Respondido que não. 1.1.1.2.c Possui algum instrumento de otimização de custos como programa, projeto ou atribuição a servidor ou setor para realização do controle e otimização de custos (por exemplo, relatórios, análises ou pareceres elaborados pelo Setor Contábil)? Respondido que não. 1.1.1.3.a A controladoria exerce atividade de controle da gestão como um todo (ou realiza controle apenas de questões contábeis e financeiras)? Respondido que não. 1.1.1.4.a O setor de controladoria desenvolve políticas, programas e projetos no âmbito da autarquia? Respondido que não. 1.1.1.4.b Os programas e projetos da controladoria são alinhados a processos de trabalho e controle interno/externos? Respondido que não. 1.1.2.1.a Possui normativo voltado para a gestão de riscos? Respondido que não. 1.1.2.1.b Possui projeto, plano de trabalho ou ação voltado para a gestão de riscos? Respondido que não. 1.1.3.1.a Os projetos/planos/ações da controladoria estão devidamente normatizados? Respondido que não. 1.1.3.1.b Existe controle de execução das atividades da controladoria? Respondido que não. 1.1.3.2.a Os projetos da controladoria são implementados com o auxílio de um sistema de controle? Respondido que não. 1.1.3.2.b Existe um sistema de informações da instituição (para a controladoria) que tenha foco em governança? Respondido que não. 1.1.3.2.c Existe um sistema de informações da instituição (para a controladoria) que tenha foco em gestão de riscos? Respondido que não. 1.1.3.2.d Existe um sistema de informações da instituição (para a controladoria) que tenha foco em controle interno? Respondido que não. 1.1.3.2.e O sistema de informações (para controladoria) atende aos diferentes públicos da instituição? Respondido que não. 1.1.3.3.a Há indicadores de desempenho/resultados para gestão de riscos? Respondido que não. 1.1.3.3.b Há indicadores de desempenho/resultados para governança? Respondido que não. 1.1.3.3.c Há indicadores de desempenho/resultados para auditoria? Respondido que não. 1.1.3.4.a Os empregados lotados na controladoria receberam capacitação? Respondido que não. 1.2.1.1.a Existe normativo de Controles Internos? Respondido que não. 1.2.1.1.b Existe normativo de Governança? Respondido que não. 1.2.1.1.c Existe normativo de Auditoria? Respondido que não. 1.2.1.1.d Existe normativo de Compliance? Respondido que não. 1.2.1.2.a Os normativos de Controles Internos foram implementados? Respondido que não. 1.2.1.2.b Os normativos de Governança foram implementados? Respondido que não. 1.2.1.2.c Os normativos de Auditoria foram implementados? Respondido que não. 1.2.1.2.d Os normativos de Compliance foram implementados? Respondido que não. 1.2.1.2.e Os normativos de Controles Internos foram seguidos? Respondido que não. 1.2.1.2.f Os normativos de Governança foram seguidos? Respondido que não. 1.2.1.2.g Os normativos de Auditoria foram seguidos? Respondido que não. 1.2.1.2.h Os normativos de Compliance foram seguidos? Respondido que não. 1.2.1.3.a Há registro de ocorrência de negativa de acesso a documentos a órgãos de controle interno ou externo? Respondido que não. 1.2.1.4.a Existe fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Controles Internos? Respondido que não. 1.2.1.4.b Existe fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Governança? Respondido que não. 1.2.1.4.c Existe fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a Auditoria? Respondido que não. 1.2.1.4.d Existe fluxo de atividades que se refere a trabalhos afetos a

Compliance? Respondido que não. 1.3.1.1.a Foram instaurados procedimentos de TCE nos últimos cinco anos? Respondido que não. 1.3.1.1.b (Se Foram instaurados procedimentos de TCE nos últimos cinco anos) Possui instrumento com método de acompanhamento processual das TCEs? Não se aplica. 1.3.1.2.a (Se Foram instaurados procedimentos de TCE nos últimos cinco anos) Existe relatório com quantitativo de tomadas de contas especiais formalizadas por ano? Não se aplica. 1.3.1.3.a (Se Foram instaurados procedimentos de TCE nos últimos cinco anos) Existe relatório com indicação dos responsáveis e do quantitativo total dos danos materiais/financeiros de tomadas de contas especiais formalizadas por ano? Não se aplica. 1.3.1.4.a (Se Foram instaurados procedimentos de TCE nos últimos cinco anos) Existe portaria de autorização para desenvolvimento dos trabalhos da TCE? Não se aplica. **III - ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Lucas de Souza Dias declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.0000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:41:38.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:41.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:51.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGUSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:55:13.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e do Recursos Humanos - FGUSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:03.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGUSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:08:20.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:41:19.



3. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 77/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 77/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048); e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Lucas de Souza Dias. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados ao quesito de auditoria 2.1.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 2.1.1.1.a Atende a determinações legais (como o disposto na Lei 12.527/11 - LAI), normativas (como na Instrução Normativa TCU 84/2020) e de Órgãos de Controle (como no Acórdão TCU 96/2016)? Respondido que não. 2.1.1.1.b Adota boas práticas da administração pública (conforme trazido no "Manual de Ouvidoria Pública: rumo ao sistema participativo", da CGU)? Respondido que não. 2.1.1.1.c Disponibiliza Serviços de Informação ao Cidadão - SIC, previsto no art. 9º, I, da Lei 12.527/2011? Respondido que não. 2.1.1.1.d No portal da autarquia há a funcionalidade "Portal da transparência"? Respondido que sim. 2.1.1.1.e As informações disponibilizadas estão atualizadas? Respondido que não. 2.1.1.1.f Há a divulgação do Relatório de Gestão no Portal da Transparência? Respondido que não. 2.1.1.2.a Possui portaria de designação formal de empregado encarregado pelo Portal da Transparência da instituição? Respondido que não. 2.1.1.3.a Existe no plano de capacitação ação voltada ao(s) empregado(s) que desempenha(m) atividades de Gestão da Transparência Pública? Respondido que não. 2.1.1.4.a É utilizado sistema para publicação em tempo real das informações voltadas ao atendimento da Transparência Pública? Respondido que não. **III - ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Lucas de Souza Dias declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:42:10.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:40.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:49.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:07.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:01.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:10:24.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:40:56.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360268

Código de Autenticação: d597509215



SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

4. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 78/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 78/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Lucas de Souza Dias. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados ao quesito de auditoria 3.1.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA, Questionamentos.** 3.1.1.1.a Possui normativo com estruturação do Setor de Ouvidoria? Respondido que sim. 3.1.1.1.b Há canais de acesso aos serviços de ouvidoria da autarquia? Respondido que sim. 3.1.1.1.c Utiliza de sistema de gestão (como plataforma Fala.BR) para responder as demandas da sociedade? Respondido que sim. 3.1.1.1.d Há acompanhamento dos questionamentos da ouvidoria? Respondido que não. 3.1.1.2.a Existe portaria de designação formal do empregado encarregado pela Ouvidoria? Respondido que sim. 3.1.1.2.b A portaria de designação formal do empregado encarregado pela ouvidoria descreve as atividades a serem desempenhadas? Respondido que sim. 3.1.1.3.a Existe processo de capacitação com conteúdo voltado para atividades da ouvidoria (especialmente em legislações pertinentes, como a Lei 13.460/17, Lei 12.527/11) Respondido que não. III - **ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Lucas de Souza Dias declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.0000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:42:46.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:41.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:50.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:08.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOP, em 06/11/2024 12:03:03.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:11:44.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:40:30.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360269

Código de Autenticação: 3aa62aa3ca



SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselho Federal e Conselhos de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

5. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 79/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Lucas de Souza Dias. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 4.1.1, 4.1.2 e 4.2.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 4.1.1.1.a O Planejamento Estratégico apresenta cadeia de valor da instituição? Respondido que não. 4.1.1.1.b O Planejamento Estratégico apresenta identidade estratégica da instituição (missão, visão de futuro, valores e mapa estratégico)? Respondido que não. 4.1.1.1.c Existe alocação de recursos (financeiros, logísticos e humanos) por parte da Alta Administração para planejamento estratégico no orçamento da instituição? Respondido que não. 4.1.1.2.a Os empregados que exercem atividades vinculadas ao desenvolvimento do PE recebem capacitações? Respondido que não. 4.1.1.2.b Possui documento de demanda ao CFMV de capacitação em Planejamento Estratégico para a equipe do Regional (reciclagem de conhecimentos)? Respondido que não. 4.1.1.3.a Os empregados participam de todas as etapas, em conjunto com a Alta Administração, da elaboração do Planejamento Estratégico? Respondido que não. 4.1.2.1.a A elaboração do Planejamento Estratégico é precedida de mapeamentos, análises e diagnósticos de perfis e públicos de interesse? Respondido que não. 4.1.2.1.b A elaboração do Planejamento Estratégico leva em consideração dados e informações quanto aos resultados dos Planejamentos Estratégicos anteriores? Respondido que não. 4.1.2.2.a Existe conexão entre o Planejamento orçamentário e a construção do Planejamento Estratégico? Respondido que não. 4.1.2.3.a Existem objetivos e metas para atingimento de resultados do PEI? Respondido que não. 4.1.2.4.a A metodologia do PE é aderente a realidade da Instituição? Respondido que não. 4.1.2.4.b O PE utiliza um sistema informatizado? Respondido que não. 4.2.1.1.a São coletados os dados em fontes e portais eletrônicos de Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores (Poder Legislativo)? Respondido que não. 4.2.1.2.a Existe coleta/análise de dados em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Judiciário? Respondido que não. 4.2.1.2.b Existe coleta/análise de dados em portais e fontes eletrônicas de informações do Poder Executivo? Respondido que não. **III – ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Lucas de Souza Dias declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:43:44.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:39.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:48.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:06.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:01.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:12:40.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:39:55.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360273
Código de Autenticação: ab2d1a307



SISTEMA
CFMV/CRMV-SE
Conselho Federal e Regional de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

6. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 80/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048); Josevania Barreto da Rocha (391016) e Francislene dos Santos (391045). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Fábio de Medeiros Marcon. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 5.1.1, 5.1.2, 5.1.3, 5.1.4, 5.1.5 e 5.1.6, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 5.1.1.a) Possui planilha ou sistema ou documento ou comprovatório da atividade fiscalizatória da Autarquia? Respondido que sim. 5.1.1.b) Há o estabelecimento e cumprimento das metas do setor de fiscalização? Respondido que não. 5.1.2.a) Possui alocação de recursos (financeiros, humanos e logísticos) para a fiscalização? Respondido que sim. 5.1.2.b) Existe processo que comprove a efetivação da alocação de recursos financeiros para fiscalização? Respondido que sim. 5.1.2.c) Possui fiscais médicos veterinários concursados? Respondido que não. 5.1.2.d) Possui fiscais de nível médio concursados? Respondido que sim. 5.1.2.e) A quantidade de fiscais é suficiente para atender a demandas de fiscalizações? Respondido que sim. 5.1.2.f) A instituição possui plano de capacitação para os fiscais? Respondido que não. 5.1.2.g) Os fiscais participam de capacitações oferecidas pelo CFMV? Respondido que sim. 5.1.2.h) O quantitativo de veículos atende as demandas de fiscalização? Respondido que sim. 5.1.2.i) Os veículos estão em condições (estado de conservação) para atender as demandas de fiscalização? Respondido que sim. 5.1.2.j) Possui infraestrutura de suporte administrativo para atender às atividades da fiscalização? Respondido que sim. 5.1.3.a) Possui Plano de Fiscalização? Respondido que não. 5.1.3.b) Estabelece critério de risco para estabelecimentos? Respondido que não. 5.1.3.c) Estabelece critério de risco para profissionais? Respondido que não. 5.1.3.d) Elabora roteiros de fiscalização? Respondido que não. 5.1.3.e) Os diretores participam da elaboração do plano de fiscalização? Respondido que não. 5.1.3.f) Os fiscais participam da elaboração do plano de fiscalização? Respondido que não. 5.1.3.g) O setor jurídico participa da elaboração do plano de fiscalização? Respondido que não. 5.1.3.h) Outros setores participam do plano de fiscalização? Respondido que não. 5.1.3.i) Possui coordenador responsável pelo monitoramento do cumprimento do plano de ação? Respondido que não. 5.1.4.a) Existe processo de fiscalização com estabelecimento de critérios de análise a partir da legislação e jurisprudência local, com segurança jurídica? Respondido que não. 5.1.4.b) Utiliza Legislação Estadual nos processos de fiscalização? Respondido que não. 5.1.4.c) Utiliza Legislações Municipais nos processos de fiscalização? Respondido que não. 5.1.4.d) Verifica a jurisprudência local para o estabelecimento de critérios de fiscalização? Respondido que não. 5.1.5.a) O setor jurídico participa de ações ou procedimentos envolvidos na gestão ou na execução da fiscalização? Respondido que não. 5.1.5.b) O setor administrativo participa de ações ou procedimentos envolvidos na gestão ou na execução da fiscalização? Respondido que sim. 5.1.5.c) Existe alinhamento de métodos e procedimentos entre entes envolvidos na Gestão da Fiscalização, em especial no relacionamento com Setores Jurídico e Administrativo? Respondido que não. 5.1.6.1.a) Monitora, por meio de relatórios, os erros de preenchimentos de autos e formulários gerados pelos fiscais? Respondido que não. 5.1.6.1.b) Toma medidas corretivas em eventuais desvios encontrados? Respondido que não. 5.1.6.2.a) Monitora as atividades dos fiscais, para verificação da efetiva realização das ações programadas? Respondido que não. 5.1.6.2.b) Os dados dos relatórios gerados pelos fiscais estão em sintonia com os comprovantes de fiscalização? Respondido que não. 5.1.6.3.a) É registrado o descumprimento, por parte dos fiscais, de orientações, treinamentos, capacitações e atos normativos? Respondido que não. 5.1.6.3.b) Utiliza o Procedimento Operacional Padrão elaborado pelo CFMV em conjunto com os CRMVs? Respondido que sim. 5.1.6.3.c) Utiliza o Manual Nacional de Fiscalização? Respondido que não. 5.1.6.4.a) Todas as denúncias recebidas são verificadas? Respondido que não. 5.1.6.4.b) Existe normativo com prazo para verificação das denúncias recebidas? Respondido que não. 5.1.6.4.c) O prazo previsto em normativo para verificação das denúncias recebidas é cumprido? Respondido que não. 5.1.6.4.d) Existe sistema de recebimento de denúncias de fiscalização? Respondido que não. III - **ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Fábio de Medeiros Marcon declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:44:08.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:41.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:51.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:09.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:03.
- Francislene dos Santos, Agente de Fiscalização do CRMV-SE - EPEMED - FISC/SE, em 06/11/2024 12:06:51.
- Josevania Barreto da Rocha, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - SEFISC/SE, em 06/11/2024 12:09:33.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:13:24.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360275

Código de Autenticação: e3f6b00a9a



SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselhos Federais e Regionais de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

7. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 81/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048); Aldo Cardoso Costa (391044) e Magaly Barreto Santos (391814). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Lucas de Souza Dias. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5 e 6.1.6; bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 6.1.1.1.a Existe documentação que comprova o planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência? Respondido que não. 6.1.1.1.b Existe plano de ação das atividades do Gabinete da Presidência? Respondido que não. 6.1.1.1.c O plano de ação das atividades do Gabinete da Presidência é cumprido? Respondido que não. 6.1.1.2.a Existe fluxo das atividades do Gabinete da Presidência? Respondido que não. 6.1.1.2.b As tomadas de decisões do Gabinete da Presidência são realizadas de forma tempestiva/planejada/analizada? Respondido que não. 6.1.1.2.c As tomadas de decisões do Gabinete da Presidência são fundamentadas em pareceres técnicos? Respondido que não. 6.1.1.2.d Há exames sobre o impacto da ausência de planejamento das atividades e objetivos das demandas afetas ao Gabinete da Presidência? Respondido que não. 6.1.2.1.a Possui normativo interno quanto a regras e procedimentos no posicionamento do Conselho perante fatos e notícias de grande impacto à Medicina Veterinária e Zootecnia? Respondido que não. 6.1.2.1.b A Autarquia conta com área/setor de comunicação, para assessoramento perante o risco apresentado? Respondido que não. 6.1.3.1.a Consta no Planejamento Estratégico da instituição metas e projetos de relacionamento institucional? Respondido que não. 6.1.3.1.b Existe plano de ação na instituição associado a relacionamento institucional? Respondido que não. 6.1.3.1.c Foram desenvolvidas atividades de relacionamento institucional? Respondido que sim. 6.1.4.1.a Foram adotadas medidas para a redução do índice de inadimplência? Respondido que não. 6.1.4.1.b As medidas adotadas reduziram o índice de inadimplência? Respondido que não. 6.1.5.1.a Os PEPs são instaurados levando em consideração os requisitos formais estabelecidos em normativo vigente? Respondido que sim. 6.1.5.2.a.a) A análise da documentação/requisitos dos PEPs seguem o rito processual da legislação vigente? Respondido que sim. 6.1.5.2.a.b) A aplicação de penalidade ao profissional cumpre o rito processual da legislação vigente? Respondido que sim. 6.1.5.2.b.a) Houve reconhecimento, no período dos exercícios auditados, de prescrição em PEPs, nos termos do Artigo 16 da Resolução CFMV 1330/2020? Respondido que não. 6.1.5.3.a) Há divulgação à sociedade das penalidades públicas aplicadas aos profissionais? Respondido que sim. 6.1.5.4.a) As sanções aplicadas, são devidamente anotadas na ficha profissional do Médico Veterinário ou Zootecnista, a fim de evitar possíveis reincidências? Respondido que sim. 6.1.5.5.a) É realizada a apreensão da carteira do profissional e controle de prazos em processos de execução de penalidade de cassação ou suspensão do exercício profissional? Respondido que sim. 6.1.6.1.a Existe normativo que garanta, quando da transição de Gestão, a continuidade técnica e institucional de políticas, programas e projetos, sob condução do Conselho? Respondido que não. 6.1.6.1.b Quando da troca de gestão após a realização do processo eleitoral, há procedimento ou plano de ação que garanta a continuidade técnica e institucional de políticas, programas e projetos, sob condução do Conselho? Respondido que não. **III - ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Lucas de Souza Dias declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.0000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:44:29.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:38.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:47.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:05.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:02:59.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:13:49.
- Magaly Barreto Santos, Assessor Administrativo I - CMSUP - SEFIN/SE, em 06/11/2024 12:15:22.
- Aldo Cardoso Costa, Assessor Jurídico do CRMV-SE - FGSUP - ASIUR/SE, em 06/11/2024 12:32:57.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360277
Código de Autenticação: e01b4d25c8



SISTEMA
CFMV/CRMVS
Secretaria Federal e Conselho de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

8. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 82/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 82/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 5 (cinco) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Felipe Moreira Silva. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4 e 6.2.5, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 6.2.1.1.a. Foram firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado? Respondido que sim. 6.2.1.1.b. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) O recurso financeiro foi utilizado, pela instituição recebedora, para finalidade prevista em convênio? Respondido que sim. 6.2.1.2.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Foram realizadas despesas fora da vigência dos convênios? Respondido que não. 6.2.1.3.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) A instituição recebedora efetuou transferência de recursos para contas não específicas para administrar convênios? Respondido que não se aplica. 6.2.1.4.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Todos os pagamentos levaram em conta o cronograma físico-financeiro de execução do objeto? Respondido que sim. 6.2.1.5.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Foram realizados pagamentos em espécie sem autorização legal? Respondido que não. 6.2.1.6a.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) As notas fiscais foram atestadas? Respondido que não se aplica. 6.2.1.6b.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) O pagamento foi realizado no prazo previsto no termo do convênio? Respondido que sim. 6.2.1.7.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Os recursos foram utilizados para a finalidade a qual foi destinada? Respondido que sim. 6.2.1.8a.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Existem procedimentos técnicos internos constituídos? Respondido que sim. 6.2.1.8b.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Quem desempenha as atividades relacionadas à gestão do convênio foi capacitado? Respondido que não. 6.2.2.1.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Possui documentação comprobatória de conciliação entre os débitos em conta e os pagamentos efetuados no convênio? Respondido que não se aplica. 6.2.2.2.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Há contrapartida previamente estabelecida para o convênio celebrado? Respondido que sim. 6.2.2.2.b. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Há evidência da efetiva prestação da contrapartida estabelecida para o convênio celebrado? Respondido que não se aplica. 6.2.2.3.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Os recursos dos convênios com utilização superior a 30 dias foram aplicados no mercado financeiro? Respondido que não se aplica. 6.2.2.4.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) O saldo obtido em aplicação financeira foi utilizado para o cumprimento do objeto conveniado? Respondido que não se aplica. 6.2.2.5.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) O saldo financeiro foi devolvido aos cofres do concedente? Respondido que não se aplica. 6.2.3.1.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Foi designado fiscal do contrato de convênio? Respondido que não. 6.2.3.1.b. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Existe portaria de nomeação para o empregado desempenhar as atividades relacionadas ao convênio? Respondido que não. 6.2.3.2.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Há rasuras nos documentos fiscais? Respondido que não se aplica. 6.2.3.2.b. (Se firmados

convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Os documentos fiscais estão legíveis? Respondido que não se aplica. 6.2.3.2.c. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) A natureza da despesa está compatível com o documento fiscal? Respondido que não se aplica. 6.2.3.2.d. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Os documentos fiscais foram emitidos em nome do conveniente/contratado? Respondido que não se aplica. 6.2.3.3.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) As notas fiscais apresentadas estão devidamente identificadas com o número do convênio? Respondido que não se aplica. 6.2.3.4.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Os cheques emitidos pelo conveniente foram emitidos em favor do prestador de serviços? Respondido que não se aplica. 6.2.4.1.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) A execução física do objeto com os recursos repassados foi laudado por responsável técnico? Respondido que não se aplica. 6.2.5.1.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Houve análise técnica ou financeira, de um ou mais profissionais, cujo vínculo (remunerado ou não) coexista tanto do lado do concedente como do conveniente? Respondido que não se aplica. 6.2.5.1.b. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) A documentação comprobatória dos convênios celebrados foi totalmente disponibilizada? Respondido que sim. 6.2.5.2.a. (Se firmados convênios pelo Conselho Regional com outras instituições com repasse de valores durante o período auditado) Todos os documentos pertinentes ao convênio foram disponibilizados? Respondido que sim. **III – ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Felipe Moreira Silva declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

9. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 83/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 83/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Fábio de Medeiros Marcon. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 6.3.1 e 6.3.2, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 6.3.1.1.a) Existe portaria de constituição e atribuições da área de Assessoria Técnica ou mesmo de profissionais que exerçam a gestão de assessoria técnica (preferencialmente Médicos Veterinários ou Zootecnistas)? Respondido que sim. 6.3.1.2.a) Há planejamento das ações de Assessoria Técnica? Respondido que não. 6.3.1.3.a) Acontecem reuniões da Assessoria Técnica com a Diretoria Executiva e também com os Setores de Fiscalização, Jurídico e Administrativo? Respondido que não. 6.3.1.4.a) A Assessoria Técnica participa/gerencia a atividade de fiscalização? Respondido que não. 6.3.2.a) No planejamento estratégico existem ações voltadas para Comissões Assessoras? Respondido que não. 6.3.2.b) Existem diretrizes, normatização e foco único, alinhados com o Planejamento Estratégico, voltados para o assessoramento técnico? Respondido que não. **III – ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Fábio de Medeiros Marcon declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.0000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CIMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:45:28.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:41.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CIMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:50.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:08.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOP, em 06/11/2024 12:03:03.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:16:55.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:39:04.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360282
Código de Autenticação: e6db932152



SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 84/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Aldo Cardoso Costa (391044). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Felipe Moreira Silva. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 6.4.1, 6.4.2, 6.4.3 e 6.4.4, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 6.4.1.1.a. A assessoria jurídica do regional integra a estrutura organizacional do regional? Respondido que sim. 6.4.1.1.b. O assessoramento jurídico é prestado por empregado efetivo? Respondido que não. 6.4.2.1.a. A assessoria jurídica presta serviços consultivos abrangendo as atividades internas do regional? Respondido que sim. 6.4.2.1.b. A assessoria jurídica presta serviços jurídicos contenciosos abrangendo as execuções fiscais e demais questões jurídicas de interesse do Regional? Respondido que sim. 6.4.2.1.c. Existem soluções tecnológicas à disposição do departamento jurídico destinadas a auxiliar no desenvolvimento dos serviços prestados? Respondido que não. 6.4.3.1.a. São realizadas pelo gestor da assessoria jurídica do regional comunicação e atualização da Diretoria quanto às causas sensíveis para o regional e para o sistema CFMV/CRMVs? Respondido que sim. 6.4.3.1.b. A atuação da assessoria jurídica é orientada por estratégias e diretrizes ditadas pela gestão do regional? Respondido que não. 6.4.3.2.a. A assessoria jurídica mantém contato com as assessorias jurídicas de regionais para a troca de informações sobre causas de interesse do sistema? Respondido que sim. 6.4.3.2.b. Há envolvimento de outros setores na implementação das teses defendidas judicialmente pela assessoria jurídica da instituição, como auxílio da assessoria técnica em reuniões com magistrados por exemplo? Respondido que não. 6.4.4.1.a. Existe processo judicial com julgamento definitivo desfavorável ou extinto em razão de ausência de manifestação/atuação injustificada da assessoria jurídica? Respondido que não. 6.4.4.1.b. É verificada atualização/evolução das teses jurídicas utilizadas na defesa jurídica da instituição? Respondido que sim. III - **ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Felipe Moreira Silva declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:46:41.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPAMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:41.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:50.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:08.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:03.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:18:10.
- Aldo Cardoso Costa, Assessor Jurídico do CRMV-SE - FGSUP - ASIUR/SE, em 06/11/2024 12:30:21.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360284
Código de Autenticação: dfb1ca11fe



SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

11. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 85/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 7.1.1, 7.1.2 e 7.2.1, bem como destacou que abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 7.1.1.1.a Há estratégias internas e diretrizes da Alta Administração para execução das atividades de comunicação interna? Respondido que não. 7.1.1.2.a Há planejamento estratégico do setor de comunicação interna? Respondido que não. 7.1.1.2.a.b Há planejamento das atividades do setor de comunicação interna, em especial quanto ao modo e divulgação dos informes internos, com publicação em Intranet ou ambiente virtual - avisos, comunicações da Presidência e Diretoria, outros informes? Respondido que não. 7.1.1.2.b.a Há profissional designado para desempenhar atividades de comunicação interna? Respondido que não. 7.1.1.3.a As campanhas/projetos de comunicação interna são definidos em tempo hábil de implementação? Respondido que não. 7.1.1.4.a Para tomada de decisão, as comunicações internas são realizadas de modo formal? Respondido que não. 7.1.1.5.a Com relação aos informes direcionados aos empregados do regional, existe alinhamento entre o que a Diretoria executiva, a área de recursos humanos e a área de comunicação interna fala? Respondido que não. 7.1.1.6.a Considera a comunicação interna da instituição assertiva? Respondido que não. 7.1.1.6.b Existem estratégias para mitigação de ruídos na comunicação interna no regional? Respondido que não. 7.1.2.1.a A quantidade de servidores designados é suficiente para atender às demandas da área? Respondido que não. 7.1.2.1.b Há definição de orçamento, ao menos estimativo, para as ações propostas? Respondido que não. 7.1.2.2.a As metas da área de comunicação interna foram devidamente planejadas? Respondido que não. 7.1.2.2.b As metas da área de comunicação interna foram construída entre níveis hierárquicos? Respondido que não. 7.1.2.2.c As metas da área de comunicação interna foram apresentadas formalmente a seus responsáveis? Respondido que não. 7.1.2.3.a Há ausência de valorização e reconhecimento profissional, gerando sentimento e não pertencimento dos empregados da área à Instituição? Não se aplica. 7.2.1.1.a Há políticas de comunicação externa na instituição? Respondido que não. 7.2.1.1.b.a Há formalmente linha editorial focada em públicos de interesse para o desempenho da atividade de comunicação externa? Respondido que não. 7.2.1.1.b.b A equipe que desempenha a atividade de comunicação externa trabalha de forma planejada? Respondido que não. 7.2.1.2.a Existe uma estratégia interna na área de comunicação externa elaborada de acordo com as diretrizes da alta administração? Respondido que não. 7.2.1.3.a Há uma listagem de porta-vozes (profissionais qualificados e cadastrados)? Respondido que não. **III - ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.0000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:47:00.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:40.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:50.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:54:53.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:02.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:18:46.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:37:51.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360286

Código de Autenticação: 17805d5253



SISTEMA
CFMV/CRMV-SE
Conselho Federal e Regional de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

12. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 87/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 87/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 5 (cinco) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048), Aldo Cardoso Costa (391044) e Magaly Barreto Santos (391814). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Felipe Moreira Silva. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 8.3.1, 8.4.1 e 8.5.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 8.3.1.1.a. A instituição realiza a inscrição de débitos em dívida ativa? Respondido que sim. 8.3.1.2.a. No período auditado, todos os débitos tramitaram dentro do prazo, sem prescrição? Respondido que sim. 8.3.1.3.a. No período auditado, todas as informações constantes no livro de inscrição da dívida ativa são convergentes? Respondido que sim. 8.4.1.1.a. Existe procedimento implementado para redução do percentual de inadimplentes? Respondido que sim. 8.4.1.2.a. Existem ações para o recebimento de débitos existentes? Respondido que sim. 8.4.1.3.a. Existe procedimento instituído para a realização de cobrança? Respondido que sim. 8.4.1.4.a. As medidas sugeridas para a redução dos níveis de inadimplência foram adotadas? Respondido que sim. 8.4.1.5.a. Existe conferência das informações inseridas no SISCAD? Respondido que sim. 8.4.1.6.a. A alimentação de informações sobre cancelamentos e baixas de débitos de pessoa física e jurídica foi conferida? Respondido que sim. 8.5.1.1.a. No que se refere à gestão de processos de execução fiscal, houve o ajuizamento de processos dos inadimplentes? Respondido que sim. 8.5.1.2.a. No que se refere à gestão de processos de execução fiscal, houve o ajuizamento de multas? Respondido que sim. 8.5.1.3.a. Conforme a gestão dos processos de execução fiscal, houve controle das receitas provenientes de execução fiscal? Respondido que sim. 8.5.1.4.a. No que diz respeito à administração dos processos de execução fiscal, foram aplicados os índices de correção monetária conforme estabelecido na Resolução CFMV em vigor? Respondido que sim. 8.5.1.5.a. Os empregados envolvidos diretamente na gestão dos processos de execução fiscal receberam capacitação da instituição? Respondido que não. **III – ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Felipe Moreira Silva declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:47:40.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:40.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:49.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:07.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:02.
- Magaly Barreto Santos, Assessor Administrativo I - CMSUP - SEFIN/SE, em 06/11/2024 12:14:53.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:19:40.
- Aldo Cardoso Costa, Assessor Jurídico do CRMV-SE - FGSUP - ASIUR/SE, em 06/11/2024 12:27:35.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360288
Código de Autenticação: 5c0000bfa5



SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 88/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048); Elis Rebeca Nascimento Messias (391053) e Magaly Barreto Santos (391814). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Luciana Morcelles dos Santos. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 8.6.1, 8.7.1 e 8.8.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 8.6.1.1.a As transferências entre contas bancárias foram efetuadas mediante a devida formalização do processo administrativo? Respondeu que não. 8.6.1.1.b As transferências entre contas bancárias foram efetuadas com a designação de conteúdo e exposição dos motivos da movimentação? Respondeu que não. 8.6.1.1.c As transferências entre contas bancárias foram efetuadas mediante a assinatura do ordenador de despesas? Respondeu que sim. 8.6.1.1.d Foi aberta na instituição financeira uma conta corrente específica para convênios, cobranças e transações financeiras? Respondeu que sim. 8.6.1.1.e Os relatórios de conciliação bancária da conta corrente conferem com o extrato e razão analítico contábil? Respondeu que sim. 8.6.1.1.f Os relatórios de conciliação bancária da conta poupança conferem com o extrato e razão analítico contábil? Respondeu que sim. 8.6.1.1.g Os relatórios de conciliação bancária da conta investimento conferem com o extrato e razão analítico contábil? Respondeu que sim. 8.7.1.1.a As aquisições de bens e serviços realizadas através da modalidade de suprimento de fundos estavam em conformidade com a legislação vigente sem custeio de despesas recorrentes e previsíveis? Respondeu que não. 8.7.1.2.a Todos os gastos efetuados com bens e serviços na modalidade de suprimento de fundos estiveram em conformidade com os limites de valores permitidos pela legislação vigente? Respondeu que não. 8.7.1.3.a Toda a documentação comprobatória na prestação de contas de suprimento de fundos foi composta por documentos idôneos fiscais/contábeis? Respondeu que sim. 8.7.1.3.b Todos os gastos realizados na modalidade de suprimento de fundos são devidamente conferidos? Respondeu que não. 8.7.1.3.c Todas as notas fiscais emitidas na modalidade de suprimento de fundos são atestadas com a devida qualificação do subscritor do atesto? Respondeu que sim. 8.7.1.4.a Considerando a legislação vigente, o prazo para a prestação de contas do suprimento de fundos foi respeitado? Respondeu que sim. 8.7.1.4.b Foi elaborada a prestação de contas de forma formal, com apresentação de relação de pagamentos e ressarcimentos? Respondeu que não. 8.8.1.1.a Os conselheiros e membros da diretoria executiva entregaram cópia de suas declarações de bens nos respectivos exercícios? Respondeu que sim. 8.8.1.1.b Os empregados ocupantes de cargo comissionado entregaram cópia de suas declarações de bens nos respectivos exercícios? Respondeu que não. 8.8.1.1.c Os empregados ocupantes de função gratificada entregaram cópia de suas declarações de bens nos respectivos exercícios? Respondeu que não. III - **ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Luciana Morcelles dos Santos declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CIMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:47:59.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:38.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CIMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:47.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:05.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:00.
- Magaly Barreto Santos, Assessor Administrativo I - CIMSUP - SEFIN/SE, em 06/11/2024 12:14:16.
- Elis Rebeca Nascimento Messias, Contadora do CRMV-SE - FGSUP - SECONT/SE, em 06/11/2024 12:16:18.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:20:08.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360289
Código de Autenticação: d2ceeb1a3d



SISTEMA
CFMV/CRMV-SE
Conselho Federal e Conselhos Estaduais de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 89/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-PA, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. dia 5 (cinco) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Elis Rebeca Nascimento Messias (391053). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 9.1.1, 9.2.1, 9.3.1, 9.3.2, 9.4.1, 9.4.2, 9.5.1, 9.6.1 e 9.7.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA.** **Questionamentos.** 9.1.1.1.a Existe política de gestão de pessoas na instituição? Respondido que não. 9.1.1.1.b Na política de gestão de pessoas, foi contemplado o tipo e a forma de contratação? Respondido que não. 9.1.1.1.c Na política de gestão de pessoas, existe tópico relacionado ao desligamento de pessoal? Respondido que não. 9.1.1.1.d Na política de gestão de pessoas, existe tópico relacionado à requisição e redistribuição do empregado? Respondido que não. 9.1.1.1.e Existe normativo na instituição relacionado à apuração de fraudes e ilícitos? Respondido que não. 9.1.1.2.a Existe na instituição um plano de treinamento e desenvolvimento implementado para os empregados? Respondido que não. 9.1.1.3.a Existe no setor software ou tecnologias que possibilitam a automação de cálculos trabalhistas sem inserção manual? Respondido que não. 9.1.1.4.a Os instrumentos institucionais, vinculados a concursos públicos ou Planos de Cargos e Salários (PCCS), estão adequadamente alinhados com análises das atividades desempenhadas em relação ao cargo de ingresso? Respondido que sim. 9.1.1.5.a Existe plano de ação ou programa de controle do absenteísmo na instituição? Respondido que não. 9.1.1.6.a Existe política de rotatividade de pessoal vinculada ao cargo/competências na instituição? Respondido que não. 9.1.1.7.a Há atualização das normativas internas relacionadas à temática de Recursos Humanos na instituição? Respondido que não. 9.1.1.8.a Existe política de retenção de pessoal na instituição? Respondido que não. 9.2.1.1.a Existe mapeamento das atividades na instituição? Respondido que não. 9.2.1.1.b Existe acompanhamento das atividades dos empregados por parte da chefia imediata na instituição? Respondido que não. 9.2.1.1.c Existe relatório contendo a quantidade de atividades desempenhadas por empregado na instituição? Respondido que não. 9.3.1.1.a A contratação é efetuada por meio de concurso público na instituição? Respondido que sim. 9.3.1.2.a O edital do concurso público atende a todas as exigências legais na instituição? Respondido que sim. 9.3.1.3.a Com relação ao concurso público, há publicações incompletas ou fora do prazo? Respondido que não. 9.3.1.4.a No processo de contratação da empresa responsável por aplicar as provas do concurso público, constam medidas de segurança para coibir o "vazamento" antecipado de questões das provas e seus gabaritos? Respondido que sim. 9.3.1.4.b No processo de contratação da empresa responsável por aplicar as provas do concurso público, constam medidas de segurança para coibir questões com dupla interpretação? Respondido que sim. 9.3.1.5.a Constam no processo de contratação da empresa responsável pela aplicação das provas do concurso público, medidas de segurança para coibir irregularidades em fases como o processo de contratação da Banca realizadora? Respondido que sim. 9.3.1.6.a Na construção do edital, foram consideradas questões relacionadas à isonomia em cargos e funções previstas em legislação? Respondido que sim. 9.3.1.7.a Na construção do edital, foram excluídas descrições de atividades em cargo que demonstrem exercício ilegal da profissão, restrita a determinada categoria profissional? Respondido que sim. 9.3.1.8.a Foi solicitado à empresa contratada para realizar o concurso o certificado de qualificação? Respondido que sim. 9.3.2.1.a A instituição está em conformidade com a proporção recomendada pelo TCU de cargos comissionados em relação ao número de empregados efetivos? Respondido que não. 9.3.2.2.a A instituição observa as disposições da Lei nº 11.788/2008, especialmente quanto ao cumprimento da finalidade do estágio? Respondido que sim. 9.3.2.2.b As atividades do estagiário estão alinhadas à grade curricular? Respondido que sim. 9.4.1.1.a A legislação foi observada na elaboração do Acordo Coletivo de Trabalho (ACT)? Respondido que sim. 9.4.1.1.b O sindicato foi envolvido nas negociações para o Acordo Coletivo de Trabalho (ACT)? Respondido que sim. 9.4.1.1.c O Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) foi homologado junto ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)? Respondido que sim. 9.4.1.2.a Na elaboração do Acordo Coletivo de Trabalho (ACT), foi excluída qualquer cláusula unilateral? Respondido que sim. 9.4.1.3.a As cláusulas do Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) foram atendidas? Respondido que sim. 9.4.1.4.a O Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) foi firmado anterior à data-base? Respondido que não. 9.4.2.1.a Durante a elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), foi observada a aplicação da legislação vigente?

Respondido que sim. 9.4.2.2.a Na elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), foi excluída qualquer cláusula unilateral? Respondido que sim. 9.4.2.3.a As cláusulas do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) foram cumpridas? Respondido que sim. 9.4.2.3.b Há segregação das funções de autorização, aprovação, execução, controle e contabilização? Para evitar conflitos de interesses, é necessário distribuir responsabilidades entre os servidores, garantindo que não desempenhem atividades incompatíveis, como executar e fiscalizar a mesma atividade. Respondido que sim. 9.4.2.3.c Foram adotadas medidas para prevenir a acumulação remunerada de cargo, emprego ou função pública, em conformidade com o que estabelece a Constituição Federal? Respondido que sim. 9.4.2.3.d Foram implementadas medidas para prevenir a contratação irregular de pessoa física, assegurando a realização do devido processo, ingresso por meio de concurso público ou nomeação para cargo comissionado? Respondido que sim. 9.4.2.4.a A alta direção recebeu comunicação oficial acerca de um tema significativo ligado ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), de interesse dos empregados, e não forneceu resposta? Respondido que não. 9.4.3.1.a Na elaboração da Avaliação de Desempenho, foram observadas as disposições legais vigentes? Respondido que sim. 9.4.3.2.a Na elaboração da Avaliação de Desempenho, foi excluída qualquer disposição unilateral? Respondido que sim. 9.4.3.3.a As cláusulas presentes na política de Avaliação de Desempenho foram observadas? Respondido que não. 9.4.3.4.a A alta administração formalizou a assinatura do resultado da avaliação de desempenho na data estipulada pela política de avaliação de desempenho? Respondido que sim. 9.4.4.1.a Foram constatados vícios processuais nas Sindicâncias? Não se aplica. 9.4.4.2.a Os atos dos processos de sindicância foram devidamente comunicados? Não se aplica. 9.4.4.3.a No processo de sindicância, foi observada a ampla defesa e o contraditório? Não se aplica. 9.4.4.4.a No processo de sindicância, foi evitado o abuso de poder? Não se aplica. 9.4.5.1.a Foram constatados vícios processuais nos Processos Administrativos Disciplinares (PADs)? Não se aplica. 9.4.5.2.a Os atos nos Processos Administrativos Disciplinares (PADs) foram devidamente comunicados? Não se aplica. 9.4.5.3.a Foram respeitados os princípios da ampla defesa e do contraditório no decorrer do Processo Administrativo Disciplinar (PAD), e as irregularidades foram devidamente afastadas? Não se aplica. 9.4.5.4.a O exercício abusivo de poder nos Processos Administrativos Disciplinares (PADs) foi devidamente evitado? Não se aplica. 9.5.1.1.a A alta direção realizou análise registrada sobre o impacto da saída de talentos da instituição no contexto da adesão ao Plano de Demissão Voluntária (PDV)? Não se aplica. 9.5.1.2.a Houve a realização de um estudo de impacto financeiro para a implementação do Plano de Demissão Voluntária (PDV)? Não se aplica. 9.5.1.3.a Durante a implementação do

15. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 90/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 90/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 5 (cinco) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048), Valeska de Souza Matos (391054), Josevania Barreto da Rocha (391016) e Magaly Barreto Santos (391814). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Fábio de Medeiros Marcon. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 10.1.1.1.a) As informações dos relatórios administrativos, dos arquivos e dos relatórios de pessoas físicas e jurídicas estão completas? Respondido que sim. 10.1.1.1.b) Os documentos comprobatórios, seja em formato físico ou digital, estão disponíveis para análise? Respondido que sim. 10.1.1.2.a) Há indicação de falhas e divergências em relatórios de PFs e PJ, tais como divergências no nº de inscrições "versus" registros realizados no exercício auditado? Respondido que não. 10.1.2.1.a) As informações pessoais inseridas no SISCAD foram verificadas? Respondido que não. 10.1.2.2.a) As informações relativas aos processos de inscrição e transferências estavam devidamente atualizadas? Respondido que sim. 10.1.2.2.b) As informações relativas aos processos de inscrição e transferências foram devidamente conferidas? Respondido que sim. 10.1.2.3.a) As cobranças indevidas ou em duplicidade foram devidamente eliminadas? Respondido que sim. 10.1.3.a) A autenticidade da documentação entregue, incluindo documentos pessoais e diploma de graduação, foi verificada? Respondido que não. 10.1.3.a) A autenticidade da documentação entregue por representantes de empresas foi verificada? Respondido que não. **III – ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Fábio de Medeiros Marcon declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.0000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:48:53.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:41.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:50.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:08.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOP, em 06/11/2024 12:03:03.
- Josevania Barreto da Rocha, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - SEFISC/SE, em 06/11/2024 12:12:27.
- Magaly Barreto Santos, Assessor Administrativo I - CMSUP - SEFIN/SE, em 06/11/2024 12:13:36.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:21:02.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:37:24.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse https://suap.cfmv.gov.br/autenticar_documento/ e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360292
Código de Autenticação: 72c872b631



SISTEMA
CFMV/CRMV-SE
Conselho Federal e Registros do Conselho Nacional

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

16. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 91/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 91/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaína Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048); Valeska de Souza Matos (391054) e Josevania Barreto da Rocha (391016). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Janaína Lobão Sampaio Calheiros. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados ao quesito de auditoria 10.2.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 10.2.1.1.a Há normativos que estabeleceram as regras para o atendimento ao público externo? Respondido que não. 10.2.1.1.b Existe um plano de ação para a atividade de atendimento ao público externo? Respondido que não. 10.2.1.2.a Há normativo estabelecendo as regras dos documentos/certidões necessárias para procedimentos administrativos? Respondido que não. 10.2.1.2.b Há um empregado designado para fornecer orientações ao público externo sobre a documentação/certidões necessárias para os procedimentos administrativos? Respondido que não. 10.2.1.3.a Há um empregado designado para desempenhar a atividade de atendimento em canais online? Respondido que não. 10.2.1.3.b O empregado designado para desempenhar a atividade de atendimento em canais online recebeu a formação apropriada? Respondido que não. 10.2.1.4.a Os empregados da autarquia atenderam à legislação vigente quanto a prioridades nos atendimentos? Respondido que sim. 10.2.1.5.a Existe informação sobre canais de recebimento de críticas e sugestões na instituição? Respondido que não. III - **ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Janaína Lobão Sampaio Calheiros declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:49:54.
- Janaína Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPAMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:40.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:49.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:07.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:02.
- Josevania Barreto da Rocha, Empregado - CRMV-SE - EPAMED - SEFISC/SE, em 06/11/2024 12:13:53.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CFMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:21:33.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPAMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:36:40.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360295

Código de Autenticação: cf3dea71b1



SISTEMA
CFMV/CRMVS
Conselho Federal e Regional de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 92/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Felipe Moreira Silva. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 10.3.1, 10.3.2, 10.3.3 e 10.3.4, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 10.3.1.1.a. Houve, durante o período auditado, fracionamento de despesas sem amparo legal? Respondido que não. 10.3.1.1.b. Houve, durante o período auditado, subcontratação irregular? Respondido que não. 10.3.1.1.c. Houve, durante o período auditado, restrições ilegais à competitividade de empresas? Respondido que não. 10.3.1.1.d. Houve, durante o período auditado, atos de gestão ilegal e/ou antieconômico? Respondido que não. 10.3.1.1.e. Houve, durante o período auditado, inobservância de cláusulas essenciais? Respondido que não. 10.3.1.1.f. Houve, durante o período auditado, descumprimento de Acórdãos do TCU? Respondido que não. 10.3.1.1.g. Houve, durante o período auditado, alterações indevidas de projetos e especificações? Respondido que não. 10.3.1.1.h. Os procedimentos licitatórios (prorrogação, aditamento, etc.) eram conduzidos por equipe com atribuição específica (portaria, etc.)? Respondido que sim. 10.3.1.1.h. Os procedimentos licitatórios (prorrogação, aditamento, etc.) eram conduzidos por equipe com qualificação técnica? Respondido que sim. 10.3.1.1.i. Os procedimentos de pregão eram conduzidos por pregoeiro com capacitação/treinamento? Respondido que sim. 10.3.1.1.j. A instituição estava cadastrada para a utilização do Comprasnet (ou PNCP) e utilizou a plataforma para a realização da contratação? Respondido que sim. 10.3.1.1.k. O procedimento de compra ou contratação ocorreu sem a apresentação de impugnação ao edital ou recurso contra decisão do presidente da instituição? Respondido que sim. 10.3.1.1.l. O Termo de Referência era elaborado pela área demandante? Respondido que não. 10.3.1.1.m. Foi realizada e comprovada a prévia e ampla pesquisa de preços (tanto para contratação quanto para prorrogação, aditamento, etc.) (em conformidade com a lei e as INs do Ministério do Planejamento) antes da autorização do ordenador de despesas para a realização da licitação? Respondido que sim. 10.3.1.1.n. O Edital, o (extrato) contrato, as prorrogações (salvo apostilamento) foram publicados conforme determina a lei de licitações? Respondido que não. 10.3.1.1.o. O contrato de compra ou fornecimento celebrado pela instituição foi executado sem inconsistências ou problemas? Respondido que sim. 10.3.2.1.a. Houve contratação emergencial em razão de falha ou ausência de contratação regular? Respondido que não. 10.3.2.2.a. Durante o processo licitatório da instituição, o Termo de Referência (TR) foi adequadamente elaborado e não apresentou divergências textuais com o Edital, além de estar em conformidade com as Minutas de Ata e Contrato? Respondido que não. 10.3.2.3.a. Houve fragmentação de despesas na aquisição de bens e serviços durante o processo licitatório da instituição? Respondido que não. 10.3.2.3.b. Os preços foram superestimados nas estimativas orçamentárias? Respondido que não. 10.3.2.3.c. Os preços foram subestimados nas estimativas orçamentárias? Respondido que não. 10.3.2.4.a. Durante o processo licitatório, houve fiscalização na execução da despesa pública e suas etapas, incluindo contratação, execução e pagamento? Respondido que sim. 10.3.3.1.a. Foi analisado o Cadastro de Empregadores que tenham submetido trabalhadores a condições análogas à de escravo? Respondido que sim. 10.3.3.1.b. Foi exigida a declaração de idoneidade? Respondido que sim. 10.3.3.2.a. Durante a Gestão de Relacionamento com Fornecedores, foram tomadas medidas para garantir que as licitações ou contratações de empresas (fornecedores) estivessem em conformidade com a Lei 8.666/93, Lei 14.133/2021 e legislações subsequentes, evitando assim possíveis punições legais? Respondido que sim. 10.3.3.3.a. Referente à Gestão de Relacionamento com Fornecedores, a estocagem e armazenagem de itens nas Instituições foi conduzida de acordo com as práticas corretas? Respondido que não. 10.3.3.4.a. Na Gestão de Relacionamento com Fornecedores, a Instituição possui horário pré-definido para o recebimento (logística) de produtos e mercadorias? Respondido que sim. 10.3.4.1.a. O quantitativo de pessoal designado para realização das atividades de contratações e licitações é suficiente para realização das demandas? Respondido que não. 10.3.4.1.b. Os servidores designados para realização das atividades de contratações e licitações possuem qualificação específica para o exercício da função? Respondido que não. **III – ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Felipe Moreira Silva declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e

assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:50:12.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:40.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:49.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:08.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:02.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:21:56.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:36:07.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse https://suap.cfmv.gov.br/autenticar_documento/ e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360296

Código de Autenticação: 33fdo96244



SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselho Federal e Registros de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 93/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048); Elis Rebeca Nascimento Messias (391053) e Magaly Barreto Santos (391814). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Luciana Morcelles dos Santos. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 10.4.1, 10.5.1, 10.6.1 e 10.7.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA.** **Questionamentos.** 10.4.1.1.a Há na instituição informações patrimoniais conciliadas? Respondeu que não. 10.4.1.2.a A instituição possui um processo ou política formal para a gestão patrimonial? Respondeu que não. 10.4.1.2.b A instituição possui controle do processo de gestão patrimonial? Respondeu que não. 10.4.1.3.a A instituição realiza inventário patrimonial geral em tempo determinado pela legislação? Respondeu que não. 10.4.1.4.a Há inventário rotativo na instituição? Respondeu que não. 10.5.1.1.a Há normativos internos relacionados ao processo de trabalho gestão de passagens, diárias, jetons e verba de representação? Respondeu que não. 10.5.1.2.a Existe planejamento estratégico interno (em especial quanto a aquisição de bilhetes de passagens aéreas)? Respondeu que não. 10.5.1.3.a Existe normativo com critérios definidos quanto a escolha dos palestrantes para eventos institucionais? Respondeu que não. 10.5.1.4.a Existiu interface, automação entre os sistemas de viagens e sistema de orçamento/finanças, contabilidade? Respondeu que não. 10.5.1.5.a No processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação existiu concessão de diárias e passagens a profissionais inadimplentes quanto à prestação de contas (não devolução de relatório, bilhetes, etc.)? Respondeu que sim. 10.5.1.6.a Há ausência de comprovantes de embarque no processo de trabalho gestão de passagens, diárias, jetons e verba de representação? Respondeu que não. 10.5.1.7.a Há evidências no processo de trabalho Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de representação quanto a autoconcessão em passagens? Respondeu que sim. 10.5.1.8.a Existe normativo relacionado ao processo de trabalho de Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação? Respondeu que não. 10.5.1.8.b Os prazos existentes no normativo relacionado ao processo de trabalho de Gestão de Passagens, Diárias, Jetons e Verbas de Representação são seguidos? Respondeu que não. 10.6.1.1.a.a Existe empregado designado para gerir a documentação dos empregados? Respondeu que não. 10.6.1.1.b.a Há livro de registro disponível na instituição? Respondeu que sim. 10.6.1.1.b.b A instituição já está utilizando o eSocial? Respondeu que sim. 10.6.1.1.b.c Há regras formalizadas para o registro de empregados na instituição? Respondeu que não. 10.6.1.1.b.d Os documentos obrigatórios foram entregues durante o processo de admissão? Respondeu que sim. 10.6.1.1.b.e Os documentos obrigatórios foram entregues integralmente durante o processo de admissão? Respondeu que sim. 10.6.1.1.b.f O registro na Carteira de Trabalho do empregado foi efetuado durante o processo de admissão? Respondeu que sim. 10.6.1.1.b.g A atualização da Carteira de Trabalho do empregado é realizada quando há ocorrência de fato modificativo em sua vida funcional? Respondeu que sim. 10.6.1.1.b.h É elaborado um Termo de Solicitação de Carteira de Trabalho para o empregado? Respondeu que não. 10.6.1.1.b.i O prazo legal para a devolução da Carteira de Trabalho é devidamente cumprido? Respondeu que sim. 10.6.1.1.b.j A documentação na pasta funcional está organizada em ordem cronológica? Respondeu que sim. 10.6.1.1.b.k As pastas funcionais são armazenadas em um local que dificulta o livre acesso? Respondeu que não. 10.6.1.1.b.l As informações das pastas funcionais dos empregados estão devidamente atualizadas? Respondeu que sim. 10.6.1.2.a Existe controle de ponto na instituição? Respondeu que sim. 10.6.1.2.b Existe normativo referente ao controle de ponto na instituição? Respondeu que não. 10.6.1.2.c Os registros de ponto estão atualizados? Respondeu que sim. 10.6.1.2.d O controle de ponto é realizado de forma manual? Respondeu que sim. 10.6.1.2.e A instituição possui sistema de registro de ponto eletrônico? Respondeu que não. 10.6.1.3.a Há um Livro de Inspeção do Trabalho disponível na instituição? Respondeu que não. 10.6.1.3.b O Livro de Inspeção do Trabalho está disponível em um local de fácil acesso para o fiscal do trabalho? Respondeu que não. 10.7.1.1.a Existe uma política formal para admissão de pessoal na instituição? Respondeu que não. 10.7.1.1.b Há controle do extrato do CNIS-INSS? Respondeu que não. 10.7.1.1.c Há empregado prestes a solicitar aposentadoria (com menos de 5 anos para a solicitação)? Respondeu que não. 10.7.1.1.d O extrato do CNIS do empregado que está prestes a solicitar aposentadoria foi devidamente verificado, reconciliado e está apto para a concessão do benefício de aposentadoria? Respondeu que não se aplica. 10.7.1.1.e

Existe uma política formalizada para o processo de demissão de pessoal na instituição? Respondeu que não. 10.7.1.2.a A instituição possui um sistema para a confecção da folha de pagamento? Respondeu que sim. 10.7.1.2.b A folha de pagamento é fechada parcialmente de forma manual? Respondeu que sim. 10.7.1.2.c Há a necessidade de realizar cálculos para o fechamento de impostos na folha de pagamento? Respondeu que não. 10.7.1.3.a Os cálculos da folha de pagamento para o período auditado estão precisos e corretos? Respondeu que sim. 10.7.1.3.b Os arquivos SEFIP estão armazenados e sob posse da unidade auditada? Respondeu que sim. 10.7.1.3.c Há um sistema utilizado para o cálculo de férias na instituição? Respondeu que sim. 10.7.1.4.a A instituição utiliza algum sistema para automação da folha de pagamento? Respondeu que sim. III - **ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Luciana Morcelles dos Santos declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:50:35.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPMEED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:39.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:48.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:06.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:01.
- Elis Rebeca Nascimento Messias, Contadora do CRMV-SE - FGSUP - SECONT/SE, em 06/11/2024 12:09:49.
- Magaly Barreto Santos, Assessor Administrativo I - CMSUP - SEFIN/SE, em 06/11/2024 12:12:47.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:22:19.



19. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 94/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 94/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados ao quesito de auditoria 10.8.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 10.8.1.1.a Há elaboração dos Termos de Posse (devidamente assinados, carimbados e em papel com timbre oficial)? Respondido que sim. 10.8.1.1.b Os Termos de Posse foram registrados em cartório? Respondido que sim. 10.8.1.2.a Existe controle das reuniões ordinárias e extraordinárias? Respondido que não. 10.8.1.2.b O quorum mínimo para a realização das sessões é respeitado? Respondido que sim. 10.8.1.2.c Existe empregado definido para acompanhar a sessão e responsável pela confecção da ata, coleta das assinaturas, respeitar a sequência de numeração, bem como confecção e distribuição dos extratos das atas? Respondido que sim. 10.8.1.2.d Cumprindo o que determina a LGPD, as Atas, criadas por ocasião das sessões estão publicadas no Portal da Instituição? Respondido que não. 10.8.1.3.a Existe procedimento interno que institua padronização da numeração dos atos normativos emitidos pela instituição? Respondido que não. 10.8.1.3.b Os atos normativos gerados pela Instituição estão publicados no site? Respondido que não. 10.8.1.3.c Há gestão e controle de Certificados emitidos pela Instituição? Respondido que não. 10.8.1.3.d Existe empregado designado para a emissão das cédulas de identidade profissional? Respondido que sim. 10.8.1.3.e Há gestão de Cédulas de Identidade profissional emitidas pela Instituição? Respondido que sim. **III - ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:51:00.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:40.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:49.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:07.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:01.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CFMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:22:46.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CFMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:35:36.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <http://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360298

Código de Autenticação: 0007c755f5



**SISTEMA
CFMV/CRMVs**
Conselho Federal e Regional de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

20. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 95/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados ao quesito de auditoria 10.9.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA, Questionamentos.** 10.9.1.1.a Há Contratos na Instituição ligados à Gestão e Manutenção da Infraestrutura? Respondido que não. 10.9.1.1.b Possui empregado designado para a gestão de Infraestrutura na Autarquia? Respondido que não. 10.9.1.2a.a A licença ou alvará das instalações da Instituição está regular(vigente)? Respondido que não. 10.9.1.2b.a Há manual e ou política de manutenção predial? Respondido que não. 10.9.1.2c.a Há estabelecimento de prioridades e rotinas das atividades de Infraestrutura da Instituição? Respondido que não. 10.9.1.3a.a Há disponibilização de EPIs aos empregados envolvidos no processo de Manutenção Predial? Respondido que não. 10.9.1.3b.a Há disponibilização de EPCs aos empregados envolvidos no processo de Manutenção Predial? Respondido que não. 10.9.1.4.a Os empregados responsáveis pela manutenção predial da Instituição receberam capacitação (reciclagem de conhecimento)? Respondido que não. III - **ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.0000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:51:18.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:39.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:48.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:07.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:01.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:23:10.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPE/SE, em 07/11/2024 07:34:59.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360299
Código de Autenticação: 109424e982



SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselho Federal e Registros da Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

21. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 96/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaína Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048); Valeska de Souza Matos (391054) e Josevania Barreto da Rocha (391016). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Janaína Lobão Sampaio Calheiros. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados ao quesito de auditoria 10.10.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 10.10.1.1a.a Há Portaria de criação do Setor de Arquivo, com atribuições e competências do setor? Respondido que não. 10.10.1.1a.b Há empregado designado a desempenhar as atividades de arquivo? Respondido que não. 10.10.1.1a.c Foram realizadas capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos) para os empregados lotados na atividade de arquivo? Respondido que não. 10.10.1.1b.a Há Portaria de criação do Setor de Protocolo, com atribuições e competências do setor? Respondido que não. 10.10.1.1b.b Há empregado designado a desempenhar as atividades de protocolo? Respondido que não. 10.10.1.1b.c Foram realizadas capacitações e treinamentos (reciclagem de conhecimentos) para os empregados lotados na atividade de protocolo? Respondido que não. 10.10.1.2.a É usado sistema/software para serviços de Protocolo? Respondido que sim. 10.10.1.2.b O sistema/software utilizado está atualizado para serviços de Protocolo? Respondido que sim. 10.10.1.3.a Há política de gestão documental? Respondido que não. 10.10.1.4.a Há política de gestão arquivística? Respondido que não. 10.10.1.5.a A documentação que compõe o arquivo está armazenada em ambiente adequado? Respondido que não. III - **ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Janaína Lobão Sampaio Calheiros declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.0000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:51:37.
- Janaína Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:39.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:48.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:06.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:01.
- Josevania Barreto da Rocha, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - SEFISC/SE, em 06/11/2024 12:20:06.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:23:57.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:33:11.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360301
Código de Autenticação: 6f251f16a6



SISTEMA
CFMV/CRMV-SE
Conselho Federal e Regionais de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

22. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 97/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 97/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados ao quesito de auditoria 10.11.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 10.11.1.1.a Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, a instituição possui laudo da vigilância sanitária? Respondido que não. 10.11.1.2.a Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, existe laudo AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros? Respondido que não. 10.11.1.3.a Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, existe empresa contratada para apresentar Laudo das instalações da copa/cozinha, devidamente assinado por responsável técnico? Respondido que não. 10.11.1.4a.a Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, há disponibilização de EPIs aos empregados lotados na copa/cozinha? Respondido que não. 10.11.1.4b.a Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, há disponibilização de EPCs aos empregados lotados na copa/cozinha? Respondido que não. 10.11.1.5.a Caso exista espaço destinado a copa e cozinha, existe laudo, devidamente assinado por responsável técnico, com as inadequações às metodologias de Saúde e Segurança do Trabalho - SST e suas instâncias regulatórias que abordam atividades inerentes à copa/cozinha? Respondido que não. **III – ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:51:56.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:39.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:48.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:06.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:01.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:23:34.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:31:01.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse https://suap.cfmv.gov.br/autenticar_documento/ e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360303
Código de Autenticação: 48d733d011



**SISTEMA
CFMV/CRMV-SE**
Conselho Federal e Conselhos Estaduais de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

23. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 98/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados ao quesito de auditoria 10.12.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 10.12.1.1.a Há Portaria de criação do Setor de Eventos, com atribuições e competências? Respondido que não. 10.12.1.1.b Há plano de ação da atividade de eventos? Respondido que não. 10.12.1.1.c Há acompanhamento do resultado dos eventos? Respondido que não. 10.12.1.2.a A instituição possui calendário anual de eventos? Respondido que não. 10.12.1.2.b O calendário de Eventos da Autarquia é publicado no site Institucional? Respondido que não. 10.12.1.3.a O plano de ação dos eventos institucionais é cumprido? Respondido que não. 10.12.1.4.a Há capacitações para o Setor de Eventos? Respondido que não. 10.12.1.5.a Há plano de ação dos eventos? Respondido que não. 10.12.1.6.a Existe empresa especializada em eventos contratada? Respondido que não. 10.12.1.7.a Há Manual de Eventos devidamente institucionalizado? Respondido que não. 10.12.1.8.a Existe calendário de eventos na instituição? Respondido que não. 10.12.1.8.b O calendário dos eventos é cumprido? Respondido que não. **III - ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:52:15.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EP/EMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:39.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:47.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:05.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:00.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CFMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:24:20.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EP/EMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:30:22.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360305
Código de Autenticação: 397475af3c



SISTEMA
CFMV/CRMV-SE
Conselho Federal e Registros de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

24. ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 99/2024



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 99/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados ao quesito de auditoria 10.13.1, bem como destacou que abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 10.13.1.1.a Face a Pandemia, e seus impactos e efeitos na Instituição, foram implementadas medidas (planejamento institucional) no tocante a Segurança e Saúde do Trabalho, não só aos Colaboradores como às Autoridades? Respondido que sim. 10.13.1.2.a A Instituição aplica alguma prática ambiental? Respondido que não. 10.13.1.3.a A Instituição realiza processo de Coleta Seletiva de Lixo? Respondido que não. 10.13.1.4.a Possui relatório do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) - antigo PPRA - assinado por responsável técnico? Respondido que não. **III - ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Janaina Lobão Sampaio Calheiros declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.0000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:52:35.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:38.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:47.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:05.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:00.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:24:46.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:27:04.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <http://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360306

Código de Autenticação: 8bf98a7171



SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselho Federal e Registros de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 100/2024 - CONTRÓ/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Valeska de Souza Matos (391054). **I - ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pelo auditor Fábio de Medeiros Marcon. O auditor agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 11.1.1, 11.1.2, 11.1.3, 11.2.1 e 11.3.1, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. **II - ORDEM DO DIA. Questionamentos.** 11.1.1.1.a) Possui uma política de TI, consolidada em um Plano Diretor de Tecnologia da Informação - PDTI? Respondido que não. 11.1.1.2.a) Existe política de Governança na área de TI? Respondido que não. 11.1.1.2.b) Na política de Governança as estratégias e diretrizes estão definidas? Respondido que não. 11.1.1.2.c) Existe instrumento que comprove o comprometimento da Alta Administração com a política de Governança? Respondido que não. 11.1.1.3.a) No planejamento estratégico, contempla-se a definição de prioridades e o planejamento para o setor de TI? Respondido que sim. 11.1.2.a) No contrato de terceirização de serviços de Tecnologia da Informação são contemplados serviços de Gestão de Tecnologia da Informação? Respondido que não. 11.1.2.a) Para a confecção do contrato de terceirização de serviços de Tecnologia da Informação, foi realizado o levantamento da capacidade técnica da empresa a ser contratada? Respondido que sim. 11.1.3.1.a) Existe automação em Tecnologia da Informação - TI para as atividades de atendimento/suporte? Respondido que não. 11.1.3.2.a.a) A mão de obra do setor é suficiente para atender às demandas? Respondido que não. 11.1.3.2.b.a) Caso o empregado que desempenha as atividades de TI seja efetivo, a instituição oferece desenvolvimento de competências? Não se aplica. 11.1.3.3.a.a) Existiu um plano de ação para os projetos de TI? Respondido que não. 11.1.3.3.b.a) Houve requisitos para aquisição/utilização de hardware? Respondido que sim. 11.1.3.3.b.b) Houve um projeto de renovação do parque tecnológico? Respondido que sim. 11.1.3.3.c.a) Existe plano de trabalho para gerenciamento preventivo quanto a invasão hackers? Respondido que não. 11.1.3.3.c.b) Existe política contra vazamento de informações? Respondido que não. 11.1.3.3.c.c) Existe política preventiva a bugs? Respondido que não. 11.1.3.3.c.d) Existe processo de trabalho para ações preventivas dos erros de softwares? Respondido que não. 11.1.3.4.a) Existe plano de contingência junto a uma Política de TI? Respondido que não. 11.2.1.a) A instituição tem plano com ações de implementação de novos sistemas (Como o SUAP)? Respondido que não. 11.2.1.b) O plano prevê mitigação dos eventuais conflitos com a mudança de cultura? Respondido que não. 11.2.1.c) A instituição adotou/adota ações de implementação de novos sistemas? Respondido que sim. 11.3.1.1.a) Existe projeto de atualização dos softwares utilizados na instituição? Respondido que não. 11.3.1.1.b) Existe acompanhamento da vulnerabilidade tecnológica da instituição? Respondido que não. 11.3.1.2.a) Existe acompanhamento da vulnerabilidade no quesito segurança tecnológica da instituição? Respondido que não. 11.3.1.3.a) Existem ações de soluções de correção e/ou monitoramento voltados para a segurança da informação na instituição? Respondido que não. 11.3.1.4.a) Existem ações contra ataques de ransomware/phishing voltados para a segurança da informação na instituição? Respondido que não. 11.3.1.5.a) No quesito segurança da informação, existem ações relacionadas a riscos à integridade, disponibilidade e confidencialidade de informações sensíveis à Autarquia? Respondido que não. **III - ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, o auditor Fábio de Medeiros Marcon declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:53:05.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:40.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:49.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRÓ/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:07.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:02.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:25:21.
- Valeska de Souza Matos, Empregado - CRMV-SE - EPEMED - CADPF/SE, em 07/11/2024 07:25:22.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360307

Código de Autenticação: 8d132fe8d5



SISTEMA
CFMV/CRMVS
Conselho Federal de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

26. 6.1.1.1.b.

06/11/2024, 09:57

(79) 3211-9905 / (79) 9 9924-6798 / (79) 9 9988-2505



Quadro de Pessoal – CRMV-SE

Anulidade

ART-Online

Emitir Certidão

Siscad

WhatsApp

INSTITUCIONAL

LEGISLAÇÃO

PROFISSIONAIS

EMPRESAS

ART

SOCIEDADE

FISCALIZAÇÃO

TRANSPARENCIA

Quadro de Pessoal

Nome	Matricula	Data de Admissão	Cargo
• Josevania Barreto da Rocha	16	07/05/2001	Auxiliar Administrativo
• Aldo Cardoso Costa	44	21/06/2016	Assessor Jurídico
• Francislene dos Santos	45	28/09/2016	Agente de Fiscalização
• Jociélia Souza Santana	48	13/11/2017	Assessora da Presidência
• Elis Rebeca Nascimento Messias	53	19/09/2018	Contadora
• Valeska de Souza Matos	54	04/04/2019	Auxiliar Administrativo
• Kelvin Melo Souza	59	12/07/2023	Assessor Administrativo



TOTAL : 7 FUNCIONÁRIOS

Rua Campo da Brita, nº 1151, Bairro São José, Aracaju - SE, 49.020-990 -
Fone: (79) 3211-9905 / Cel e Zap (79) 9 9924-6798 Recepção/ Cel e Zap (79) 9 9988-2505 Financeiro
CRMV-SE - Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe
2024 - © Todos os direitos reservados

27. 8.2.1.3.b. - relatório sem assinatura

Relatório

07/04

2020



PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE - CRMV - SE
SE - CEP 49.020-380 - Fone/Fax (79) 3211-9905 / 3211-9906
www.crmvse.org.br - Home Page: www.crmvse.org.br

PROCESSO Nº:

PROCESSO Nº:553/2020

ASSUNTO: CONCESSÃO DE DIÁRIAS

INTERESSADO: CARLOS ALBERTO PALMEIRA
SARMENTO – VICE-PRESIDENTE DO CRMV/SE

ENDEREÇO: RUA JOSÉ SEABRA BATISTA, 180
COND. FLORATA JARDINS, AP 104, BL AZALEIA
JARDINS, BAIRRO JARDINS, ARACAJU/SE

CEP: 49025-750

CNPJ/CPF Nº: [REDACTED]

CRMV/SE Nº:



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

ATA DE OITIVA DE AUDITORIA 86/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA INTEGRANTE DOS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA INSTITUCIONAL NO CRMV-SE, NOS TERMOS DA PORTARIA CFMV Nº 191, DE 2024. No dia 4 (quatro) de novembro de 2024 (dois mil e vinte e quatro), reuniram-se na sede do CRMV-SE, em Aracaju-SE, os auditores nomeados pela Portaria CFMV nº 191/2024: Janaina Lobão Sampaio Calheiros (Mat. CFMV nº 347), Lucas de Souza Dias (Mat. CFMV nº 640), Fábio de Medeiros Marcon (Mat. CFMV nº 657), Felipe Moreira Silva (Mat. CFMV nº 658) e Luciana Morcelles dos Santos (Mat. CFMV nº 226). Também estiveram presentes os empregados públicos do CRMV-SE: Jociélia Souza Santana (391048) e Elis Rebeca Nascimento Messias (391053). I - **ABERTURA DOS TRABALHOS.** Os trabalhos foram abertos pela auditora Luciana Morcelles dos Santos. A auditora agradeceu a disponibilidade e delimitou o escopo da oitiva, esclarecendo que seu objetivo é realizar questionamentos relacionados aos quesitos de auditoria 8.1.1, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4 e 8.2.5, bem como destacou que a auditoria abrange os exercícios de 2019 a 2023. II - **ORDEM DO DIA.** **Questionamentos.8.1.1.1.b** A proposta orçamentária da instituição, referente ao período auditado, foi disponibilizada no Portal da Transparência após aprovada? Respondido que não. **8.1.1.2.a** Houve capacitação/treinamento/reciclagem de conhecimento para o empregado que desempenha a atividade de elaboração e aprovação do orçamento e suas finanças? Respondido que não. **8.1.1.3.a** Foi efetuada a parametrização de centro de custos, separando a atividade meio da atividade finalística na elaboração da proposta orçamentária? Respondido que não. **8.1.1.4.a** Há alinhamento entre o planejamento estratégico e a proposta orçamentária da instituição? Respondido que não. **8.1.1.5.a** As áreas cumprem o prazo para a remessa de previsão de gastos e centro de custos, para elaboração tempestiva da proposta orçamentária? Respondido que não. **8.1.1.6.a** As peças orçamentárias estão de acordo com o estabelecido na Resolução CFMV 1049/2014? Respondido que sim. **8.1.1.7.a** A proposta orçamentária foi elaborada com dimensionamento de arrecadação? Respondido que não. **8.1.1.7.b** A proposta orçamentária possui consistência quanto à modalidade de gastos no ano subsequente? Respondido que não. **8.1.1.8.a** Foi cumprido o prazo para protocolar a proposta orçamentária da instituição? Respondido que sim. **8.1.1.9.a** Há encontro da prévia orçamentária da instituição federal com os orçamentos apresentados pelo Conselho Regional (caso o respondente seja o Conselho Regional assinalar a opção "não se aplica")? Não se aplica. **8.2.1.1.a** A Norma Brasileira de Contabilidade - NBC aplicada ao setor público é levada em consideração na instituição? Respondido que não. **8.2.1.2.a** É realizada a contabilidade de custos, efetuando rateio em centros de custos para as atividades meio e fim? Respondido que não. **8.2.1.3.a** As despesas com convênios, diárias, passagens, jetons, verbas de representação são apropriadas em conta contábil do ativo circulante, até a aprovação efetiva do gasto, para ser transferida para a conta patrimonial de despesa? Respondido que não se aplica. **8.2.1.3.b** Há processo formal de diárias e jetons, devidamente atuado, acostado às devidas prestações de contas e recibos de participação em eventos institucionais? Respondido que não. **8.2.2.1.a** A elaboração da proposta orçamentária está alinhada com o planejamento estratégico? Respondido que não. **8.2.2.2.a** Há alinhamento das necessidades do Regional com as previsões orçamentárias do federal (caso o respondente seja o Conselho Regional assinalar a opção "não se aplica")? Não se aplica. **8.2.2.3.a** Há ferramenta de solução tecnológica para a elaboração da proposta orçamentária? Respondido que não. **8.2.2.4.a** Há observância da forma e dos prazos legais para a entrega da proposta orçamentária? Respondido que não. **8.2.2.4.b** Há observância da forma e dos prazos legais para a entrega da reformulação orçamentária? Respondido que sim. **8.2.3.1.a** No que se refere ao balancete mensal, há observância das classificações das despesas no devido trâmite processual? Respondido que sim. **8.2.3.1.b** No que se refere ao balancete mensal, há observância de afastar contas com saldo invertido, dada a sua natureza? Respondido que sim. **8.2.3.2.a** São utilizados mecanismos para afastar a ocorrência de transposição errada de débito e crédito em contas caixa e clientes? Respondido que sim. **8.2.3.3.a** Quanto aos balancetes mensais, os saldos contábeis são condizentes (acordantes/adequados)? Respondido que sim. **8.2.3.4.a** Referente aos balancetes mensais, os lançamentos contábeis foram realizados? Respondido que sim. **8.2.4.1.a** Referente à documentação técnica e contábil, todos os pagamentos foram realizados com autorização do ordenador de despesas? Respondido que sim. **8.2.4.2.a** Referente à documentação técnica e contábil, todos os pagamentos de gastos têm sua respectiva comprovação de regularidade trabalhista? Respondido que sim. **8.2.4.2.b** Referente à documentação técnica e contábil, todas as notas fiscais estão ausentes de rasuras e/ou emendas? Respondido que sim. **8.2.4.2.c** Referente à documentação técnica e contábil, todas as notas fiscais possuem identificação do número do contrato ou convênio? Respondido que não. **8.2.4.3.a** Referente à documentação técnica e contábil, todos os comprovantes de pagamento são emitidos por quem de direito? Respondido que sim. **8.2.4.4.a** Referente à documentação técnica e contábil, todas as contas contábeis de obrigações a pagar estão conciliadas com os processos de pagamento? Respondido que sim. **8.2.4.5.a** Referente à

documentação técnica e contábil, são observadas as retenções na fonte de impostos e contribuições sociais? Respondido que sim. **8.2.4.6.a** Considerando a documentação contábil e técnica, são cumpridos os prazos para a entrega de notas fiscais pelos fornecedores ou fiscais de contrato ao departamento responsável? Respondido que sim. **8.2.5.1.a** A apuração e o recolhimento de taxas e tributos (PIS, ISS, FGTS, INSS, entre outros) foram efetuados conforme as normas? Respondido que sim. **8.2.5.2.a** Todos os tributos e contribuições foram quitados até a data de vencimento, sem incidência de juros e multas? Respondido que sim. **8.2.5.3.a** O e-Social está parametrizado de acordo com as normas vigentes? Respondido que sim. **8.2.5.3.b** O prazo para entrega das informações referentes aos encargos sociais foi cumprido? Respondido que sim. **8.2.5.3.c** As informações entregues referentes aos encargos sociais foram apresentadas sem inconsistências? Respondido que sim. **8.2.5.4.a** Os prazos para cumprimento das obrigações acessórias foram atendidos? Respondido que sim. III - **ENCERRAMENTO.** Nada mais havendo a tratar, a auditora Luciana Morcelles dos Santos declarou encerrada a oitiva, sendo lavrada a presente ata, informando que o documento será encaminhado para aprovação do teor e assinatura de todos os participantes, via Sistema SUAP (Processo nº 0110060.00000044/2024-10).

Documento assinado eletronicamente por:

- Fábio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:47:17.
- Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:39.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 06/11/2024 11:54:48.
- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGUSUP - CONTRO/AUDIT, em 06/11/2024 11:56:06.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGUSUP - SECOF, em 06/11/2024 12:03:00.
- Elis Rebeca Nascimento Messias, Contadora do CRMV-SE - FGUSUP - SECONT/SE, em 06/11/2024 12:16:34.
- Jociélia Souza Santana, Assessora da Presidência do CRMV-SE - FGUSUP - GAPRE/SE, em 06/11/2024 12:19:16.

29. 8.3.1.3.a.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - SE
Sistema de Cadastro
RESUMO DE DÉBITOS NO PERÍODO (01/01/2014 a 31/12/2018)

Data 07/11/2024

Pag. 1

Taxa	Qtd.Parcelas	PF	PJ	Valor	Multa	Juros	Correção	Total
REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA	17	0	16	2.957,00	0,00	0,00	0,00	2.957,00
EMISSION DE CERTIFICADO PJ	2	0	1	16,66	0,00	0,00	0,00	16,66
ANOTAÇÃO DE RT FAIXA 01	3	0	2	148,16	0,00	0,00	0,00	148,16
ANOTAÇÃO DE RT	10	0	10	889,00	0,00	0,00	0,00	889,00
AUTO DE MULTA	313	0	169	728.699,70	0,00	1.697,18	1.732,60	732.129,48
RENOVAÇÃO DE RT	4	0	4	276,00	0,00	0,00	0,00	276,00
MULTA POR INFRAÇÃO	1	0	1	693,49	0,00	0,00	0,00	693,49
ACORDO - EXTRA JUDICIAL	3	0	2	2.643,86	0,00	0,00	0,00	2.643,86
ANUIDADE DE 2013 PJ FAIXA 01	46	0	3	980,25	66,26	364,50	373,16	1.784,17
ANUIDADE DE 2013 PJ FAIXA 03	2	0	1	1.575,00	157,50	147,26	56,92	1.936,68
CERTIFICADO DE REGULARIDADE PJ - 2013	1	0	1	60,00	0,00	0,00	0,00	60,00
MULTA DE ELEIÇÃO - 2013	1	1	0	114,00	0,00	20,52	10,73	145,25
ANUIDADE DE 2014 PF	1	1	0	400,00	40,00	13,20	6,63	459,83
ANUIDADE DE 2014 PJ - DIFERENÇA	1	0	1	710,00	0,00	0,00	0,00	710,00
ANUIDADE DE 2014 PJ - MICRO EMPREENDEDOR	3	0	3	1.200,00	120,00	39,60	18,57	1.378,17
ANUIDADE DE 2014 PJ FAIXA 01	68	0	33	16.677,88	1.562,10	758,36	398,10	19.396,44
ANUIDADE DE 2014 PJ FAIXA 01 (CANCELAMEN	1	0	1	138,75	13,88	15,26	9,24	177,13
ANUIDADE DE 2014 PJ FAIXA 03	4	0	4	6.060,00	499,50	164,85	77,28	7.401,63
CERTIFICADO DE REGULARIDADE PJ - 2014	2	0	2	130,00	0,00	0,00	0,00	130,00
ANUIDADE DE 2015 PJ - MICRO EMPREENDEDOR	3	0	3	956,25	0,00	0,00	0,00	956,25
ANUIDADE DE 2015 PJ FAIXA 01	26	0	16	8.328,83	749,30	480,27	260,89	9.819,29
ANUIDADE DE 2015 PJ FAIXA 02	1	0	1	296,25	0,00	0,00	0,00	296,25
ANUIDADE DE 2015 PJ FAIXA 04	8	0	1	2.360,00	236,00	249,89	132,51	2.978,40
CERTIFICADO DE REGULARIDADE PJ - 2015	7	0	7	483,00	0,00	0,00	0,00	483,00
ANUIDADE DE 2015 PJ FAIXA 01 (CANCELAMEN	1	0	1	98,33	0,00	0,00	0,00	98,33
ANUIDADE DE 2016 PJ FAIXA 01	263	0	188	115.440,15	9.721,43	3.391,69	1.838,98	130.392,25
ANUIDADE DE 2016 PJ FAIXA 02	20	0	18	22.274,01	1.805,79	582,18	360,71	24.822,69
ANUIDADE DE 2016 PJ FAIXA 03	10	0	10	18.450,00	1.750,50	577,62	290,25	22.068,37
ANUIDADE DE 2016 PJ FAIXA 04	1	0	1	2.585,00	258,50	85,30	42,87	2.971,67
ANUIDADE DE 2016 PJ FAIXA 06	2	0	2	7.760,00	776,00	256,08	128,68	8.920,76
ANUIDADE DE 2016 PJ FAIXA 01 (Cancelamen	1	0	1	161,25	0,00	0,00	0,00	161,25
ANUIDADE DE 2016 PJ (Diferença)	1	0	1	32,25	3,22	1,06	0,53	37,06
ANUIDADE DE 2016 PJ MICRO EMPREENDEDOR	11	0	11	4.921,25	418,50	138,06	69,39	5.547,20
CERTIFICADO DE REGULARIDADE PJ - 2016	3	0	3	225,00	0,00	0,00	0,00	225,00
RENOVAÇÃO DE RT 2016	1	0	1	90,00	0,00	0,00	0,00	90,00
ANUIDADE DE 2017 PF	1	1	0	488,00	0,00	0,00	0,00	488,00
ANUIDADE DE 2017 PJ FAIXA 01	196	0	161	104.387,79	157,33	156,97	113,57	104.815,66
ANUIDADE DE 2017 PJ FAIXA 01 (Cancelamen	1	0	1	282,08	0,00	0,00	0,00	282,08
ANUIDADE DE 2017 PJ FAIXA 02	16	0	14	18.813,32	40,61	45,74	82,68	18.982,55
ANUIDADE DE 2017 PJ FAIXA 02 (Cancelamen	1	0	1	113,33	0,00	0,00	0,00	113,33
ANUIDADE DE 2017 PJ FAIXA 03	9	0	9	18.378,00	0,00	0,00	0,00	18.378,00
ANUIDADE DE 2017 PJ FAIXA 04	1	0	1	2.714,00	0,00	0,00	0,00	2.714,00
ANUIDADE DE 2017 PJ FAIXA 06	2	0	2	8.148,00	0,00	0,00	0,00	8.148,00
ANUIDADE DE 2017 PJ M.EMPREENDEDOR (Canc	1	0	1	40,67	0,00	0,00	0,00	40,67
ANUIDADE DE 2017 PJ MICRO EMPREENDEDOR	13	0	13	6.262,67	0,00	0,00	0,00	6.262,67
CERTIFICADO DE REGULARIDADE PJ - 2017	5	0	5	395,00	0,00	0,00	0,00	395,00
RENOVAÇÃO DE RT 2017	2	0	2	190,00	0,00	0,00	0,00	190,00
ANOTAÇÃO DE RT 2018	5	0	5	660,00	0,00	0,00	0,00	660,00
ANUIDADE DE 2018 PF	28	24	0	11.645,00	918,00	4.847,04	2.807,96	20.218,00
ANUIDADE DE 2018 PF (Cancelamento)	1	1	0	212,50	42,50	122,40	70,88	448,28
ANUIDADE DE 2018 PJ FAIXA 01	146	0	132	91.273,00	14,16	3,58	12,47	91.303,21
ANUIDADE DE 2018 PJ FAIXA 01 (Cancelamen	1	0	1	295,00	0,00	0,00	0,00	295,00
ANUIDADE DE 2018 PJ FAIXA 02	25	0	16	20.856,00	47,40	12,57	31,59	20.947,56
ANUIDADE DE 2018 PJ FAIXA 03	6	0	6	12.804,00	0,00	0,00	0,00	12.804,00
ANUIDADE DE 2018 PJ FAIXA 06	3	0	3	12.774,00	0,00	0,00	0,00	12.774,00
ANUIDADE DE 2018 PJ MICRO EMPREENDEDOR	23	0	19	8.967,50	0,00	0,00	0,00	8.967,50

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - SE
Sistema de Cadastro
RESUMO DE DÉBITOS NO PERÍODO (01/01/2014 a 31/12/2018)

Data 07/11/2024

Pag. 2

Taxa	Qtd.Parcelas	PF	PJ	Valor	Multa	Juros	Correção	Total
CERTIFICADO DE REGULARIDADE - 2018	9	0	9	747,00	0,00	0,00	0,00	747,00
RENOVAÇÃO DE RT 2018	3	0	3	300,00	0,00	0,00	0,00	300,00
TOTAL	1340			1.271.177,18	19.198,68	14.171,18	8.927,19	1.313.474,23

31. 10.3.1.1.l.



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe

PESQUISA DE PREÇOS 2/2022 - LIC/SE/SEAD/SE/GAPRE/SE/DE/SE/PLENARIO/SE/CRMV-SE/SISTEMA

Aracaju-SE, 9 de novembro de 2022.

Assunto: **Resumo pesquisa de preços referente a empresas para fornecimento de material de consumo.**

EMPRESA	CENTRAL PAPELARIA, LIVRARIA E INFORMATICA	ITA MULTIMARCAS COMÉRCIO E SERVIÇOS EIRELI	AR PAPELARIA INFORMATICA E PRESENTES LTDA
VALOR	R\$ 8.877,15	R\$ 9.898,70	R\$ 9.932,95

Atenciosamente,

Valeska de Souza Matos
Licitações, Compras, Contratos e Convênios/SE

Documento assinado eletronicamente por:

• **Valeska de Souza Matos**, Empregado - CRMV-SE - FGMED - LIC/SE, em 09/11/2022 11:21:21.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 09/11/2022. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 73128

Código de Autenticação: 0ad8f64e78



Rua Campo do Brito, 1151, São José, Aracaju / SE, CEP 49020-590

SISTEMA CFMV/CRMVs

33. 8.7.1.3.c - Serviços sem atesto

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE CENCOSUD BRASIL COMERCIAL S.A. L020				DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica			
AV. FRANCISCO PORTO, 250 SALGADO FILHO, 49020-120 ARACAJU, SE				0- ENTRADA 1- SAÍDA Nº000382874 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		CHAVE DE ACESSO 2022 0939 3468 6100 3349 5500 1000 3828 7413 3134 0567 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
Documento de cópia NF emitida por ECF				INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ 39.346.861/0033-49	
Nº 151				CNPJ/CPF 15.615.818/0001-96		DATA DA EMISSÃO 28/09/2022	
BAIRRO/DISTRITO SAO JOSE				UF SE		DATA ENTRADA/SAÍDA 28/09/2022	
FONE/FAK (79) 9999-9999				INSCRIÇÃO ESTADUAL 1096		RUBRICA	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 064134-4	
VALOR DO ICMS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 284,56				VALOR TOTAL DA NOTA 284,56		VALOR TOTAL	

34. Evidência ao item de auditoria 6.1.5.2.a.a

The screenshot displays the 'suap.cfm.gov.br' web application interface. The browser address bar shows the URL 'suap.cfm.gov.br/processo_eletronico/processo/47643/'. The user is logged in as 'Fabio Marcon'.

Processo 0390027.00000001/2022-22

Dados Gerais

- Tipo:** Processo Ético Profissional
- Nível de Acesso:** Restrito | Processo Ético Profissional (Art. 1º, §1º da Resolução CFMV nº 1330/2020)
- Sector de Origem:** CRMV-SE - SEPEP/SE
- Sector Atual:** CRMV-SE - PP/SE
- Assunto:** Processo Ético nº 579/2020 Helder Lima de Oliveira
- Interessados:**
 1. Fernando Rodrigo Zecchi
 2. Flávio Pereira Velloso
 3. Poliana Régia Alves de Souza
 4. Fabio de Medeiros Marcon
 5. Eduardo Luis Cavalcanti Caldas
 6. Ronata Teugunha Neves Modina
- Data de Cadastro:** 11/11/2022 10:54:22 por Tatyry Yonara Muhlheidt Souza
- Número Protocolo Novo (NUP 27):** 0390027.00000001/2022-22
- Número Protocolo Antigo (NUP 17):** 39006.000174.2022-21

Trâmites

- 11/10/2024 10:00: Recebido por PP/SE - Eduardo Luis Cavalcanti Caldas
- 11/10/2024 09:34: Encaminhado por PROTOCOLO/SE - Magaly Barreto Santos
- 11/10/2024 09:33: Recebido por PROTOCOLO/SE - Magaly Barreto Santos
- 10/10/2024 13:55: Encaminhado por JUD - Poliana Régia Alves de Souza
- 01/10/2024 12:10: Recebido por JUD - Poliana Régia Alves de Souza
- 01/10/2024 12:09: Encaminhado por JUD - Ronata Teugunha Neves Modina
- 25/09/2024 13:04: Recebido por JUD - Poliana Régia Alves de Souza
- 25/09/2024 13:00: Encaminhado por PP - Marilene Sara Sanches de Souza

35. 2.1.1. A - Não disponibilização atualizada de licitações e contratos

(79) 3211-9905 / (79) 9 9924-6798 / (79) 9 9988-2505

     

Anulidade ART-Online Emitir Certidão Siscad WhatsApp

[INSTITUCIONAL](#) [LEGISLAÇÃO](#) [PROFISSIONAIS](#) [EMPRESAS](#) [ART](#) [SOCIEDADE](#) [FISCALIZAÇÃO](#) [TRANSPARÊNCIA](#)

Contratos

2018 2019 2020 2021 2022 2023

- Contrato nº. 01/2023 – 0390014.00000001/2022-90.

Empresa: CAJU

Serviço: Ticket Alimentação

Data do Contrato: 23/01/2023 a 24/01/2024

Vigência do Contrato: 12 meses

36. 2.1.1. E - Informacoes desatualizadas

(79) 3211-9905 / (79) 9 9924-6796 / (79) 9 9988-2505

Pesquisar

 Anuidade ART-Online Emitir Certidão Siscad WhatsApp

INSTITUCIONAL LEGISLAÇÃO PROFISSIONAIS EMPRESAS ART SOCIEDADE FISCALIZAÇÃO TRANSPARÊNCIA

Jetons

2023

2022

Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro a Dezembro

2021

Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro

2020

Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro

37. 2.1.1. F - Relatório 2023 nao publicado

(79) 3211-9905 / (79) 9 9924-6798 / (79) 9 9988-2505

Pesquisar

 Anuidade ART-Online Emitir Certidão Siscad WhatsApp

INSTITUCIONAL LEGISLAÇÃO PROFISSIONAIS EMPRESAS ART SOCIEDADE FISCALIZAÇÃO TRANSPARÊNCIA

Relatórios de Gestão

2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023

Relatório de Gestão

Rua Campo do Brito, nº 151, Bairro São José, Aracaju-SE, 49.020-590 -
Fone (79) 3211-9905/Cel e Zap (79) 9 9924-6798 Recepção/Cel e Zap (79) 9 9988-2505 Financeiro
CRMV-SE - Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe
2024 - © Todos os direitos reservados

38. 10.7.1.4.a - Certidão 3



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

CERTIDÃO 3/2024 - SECOF/GECON/SUPEX/DE/CFMV/SISTEMA

Eu, Luciana Morcelles dos Santos, lotada no Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos do Conselho Federal de Medicina Veterinária, certifico para os devidos fins que, durante a auditoria realizada no Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe (CRMV-SE) no período de 04 a 08/11/2024, foi verificada a inexistência de sistema para automação e integração do controle de ponto com o sistema da folha de pagamento no período auditado.

Embora o CRMV-SE tenha inicialmente informado à equipe de auditoria, por meio da oitiva, que o Regional utiliza sistema para automação da folha de pagamento não constatamos sistema de automação do sistema de controle de ponto com o sistema de folha de pagamento.

Esta certidão será anexada ao Relatório de Auditoria para compor os achados referentes ao item 10.7.1.4.a do CRMV-SE.

Aracaju-SE, 8 de novembro de 2024.

Luciana Morcelles dos Santos
Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos

Documento assinado eletronicamente por:

■ **Luciana Morcelles dos Santos**, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 08/11/2024 10:26:21.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 08/11/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 367295

Código de Autenticação: d014f72e16



SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselho Federal e Regionais de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71200-037

ANEXOS



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

Anexo de auditoria - Achados Diversos 5/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA

ACHADOS DIVERSOS

Achado: Ausência de planejamento e monitoramento para assegurar o cumprimento das obrigações relacionadas às avaliações de desempenho dos empregados.

Recomendação: Recomenda-se que seja implementado um processo sistemático e formal para a realização periódica das avaliações de desempenho, com cronogramas definidos e comunicação clara. Deve-se evitar que os empregados intervenham para solicitar suas progressões, assegurando que a gestão assuma integralmente esse processo.

Achado: Inexistência de contrato formal para a prestação de serviços de limpeza, o que pode comprometer a regularidade e qualidade da manutenção das instalações.

Recomendação: Recomenda-se a formalização de um contrato de prestação de serviços de limpeza, assegurando que contenha cláusulas que garantam a qualidade do serviço, a frequência adequada e o cumprimento das obrigações legais e contratuais.

Achado: Veículos institucionais em processo de deterioração devido à demora na alienação por leilão, resultando em depreciação e possíveis prejuízos financeiros.

Recomendação: Recomenda-se que o processo de leilão dos veículos seja acelerado para evitar maior depreciação e reduzir custos com manutenção e armazenamento, contribuindo para a melhor gestão do patrimônio.

Achado: Ausência de Estudos Técnicos Preliminares (ETP) e Termos de Referência (TR) nos processos licitatórios e de contratação direta, conforme exigido pela legislação vigente.

Recomendação: Recomenda-se a elaboração de Estudos Técnicos Preliminares e Termos de Referência em todos os processos de licitação e contratação direta, conforme a legislação, para garantir a definição adequada do objeto, a análise de viabilidade e a eficiência na contratação.

Achado: Créditos de bilhetes aéreos não utilizados não estão sendo devidamente registrados e integrados aos processos administrativos de concessão de diárias e passagens.

Recomendação: Recomenda-se a implementação de procedimentos que assegurem o registro e o controle dos créditos de bilhetes aéreos não utilizados, com a devida inclusão desses comprovantes nos processos correspondentes.

Achado: Utilização inadequada da conta "Fornecedores Diversos" no registro contábil de liquidações de despesas, abrangendo despesas relacionadas à folha de pagamento.

Recomendação: Recomenda-se a abertura de contas específicas para cada fornecedor, conforme orientações contábeis, e a utilização de contas apropriadas, como "Salários a Pagar", para contabilização da folha de pagamento, garantindo a segregação adequada das despesas.

Achado: Históricos de lançamentos contábeis incompletos, sem informações essenciais como o período contratado, o mês dos serviços prestados e o número do contrato.

Recomendação: Recomenda-se que os históricos dos lançamentos contábeis incluam, obrigatoriamente, todas as informações pertinentes à contratação, como período contratado, mês de referência, descrição do serviço e número do contrato.

Achado: Despesas com salários e tributos não inscritas corretamente em Restos a Pagar, mesmo tendo sido pagas no exercício subsequente.

Recomendação: Recomenda-se a observância rigorosa da legislação relativa à inscrição de despesas em Restos a Pagar, garantindo o correto registro das obrigações não pagas até o final do exercício.

Achado: Descontos de alimentação dos empregados não estão sendo registrados de forma específica na contabilidade, sendo subtraídos diretamente do pagamento de salários.

Recomendação: Recomenda-se o registro contábil do desconto de alimentação de forma separada, para assegurar a correta identificação no sistema contábil.

Achado: Folha de pagamento e tributos não contabilizados pelo regime de competência, em desacordo com as normas contábeis aplicáveis.

Recomendação: Recomenda-se a adoção do regime de competência na contabilização da folha de pagamento e tributos, em conformidade com as normas contábeis vigentes.

Achado: Movimentações financeiras como transferências, resgates e aplicações não estão sendo formalizadas por meio da abertura de processos específicos, comprometendo a rastreabilidade.

Recomendação: Recomenda-se a abertura de processos específicos no sistema de gestão para cada operação de transferência, resgate ou aplicação de valores, garantindo rastreabilidade e controle das movimentações financeiras.

Achado: Controles de uso dos veículos oficiais apresentam informações incompletas, como a ausência da indicação do mês e ano de referência.

Recomendação: Recomenda-se o fortalecimento dos controles de uso dos veículos oficiais, garantindo que todos os registros contenham informações completas, incluindo o mês e o ano de referência, em conformidade com as normativas vigentes.

Achado: Atividades de fiscalização concentradas apenas em pessoas jurídicas, sem atenção à fiscalização de pessoas físicas.

Recomendação: Recomenda-se a ampliação do escopo de fiscalização para incluir pessoas físicas, garantindo uma abordagem abrangente e equilibrada, considerando a disponibilidade de fiscais e os recursos financeiros e orçamentários da instituição.

Lucas de Souza Dias
Auditor
Mat. CFMV nº 0640

Janaína Lobão Sampaio Calheiros
Auditora
Mat. CFMV nº 0347

Felipe Moreira Silva
Auditor
Mat. CFMV nº 0658

Fábio de Medeiros Marcon
Auditor
Mat. CFMV nº 0657

Luciana Morcelles dos Santos
Auditora
Mat. CFMV nº 0226

Documento assinado eletronicamente por:

- Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT, em 21/11/2024 16:11:38.
- Janaína Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA, em 21/11/2024 16:12:37.
- Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA, em 21/11/2024 16:13:13.
- Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF, em 21/11/2024 16:14:05.
- Fabio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA, em 21/11/2024 16:19:01.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360315
Código de Autenticação: 9841f641b9





SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 6 Lotes, 130/140, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF,
CEP 71205-60



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

MATRIZ DE PLANEJAMENTO E RESPONSABILIDADES 6/2024 - CONTRO/AUDIT/CONTROLADORIA/CFMV/SISTEMA

Matriz de Planejamento/Responsabilidades
Auditoria CRMV-SE - de 4 a 8 de novembro de 2024

Unidade Auditada: Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Sergipe - CRMV-SE.

Objeto examinado: Auditoria integral da gestão institucional.

Objetivo: Análise global dos processos da autarquia, partindo do macro (estudo dos principais fluxos e sistemas) e desdobrando-se a todos os subprocessos e atividades. Com foco em processos tanto internos como externos.

Equipe de Auditoria: Janaína Lobão Sampaio Calheiros; Lucas de Souza Dias; Fábio de Medeiros Marcon; Felipe Moreira Silva; Luciana Morcelles dos Santos

Coordenadora da Auditoria: Janaina Lobão Sampaio Calheiros

Controlador do CFMV: Lucas de Souza Dias

Procedimentos de Auditoria: Auditoria de conformidade baseada em análise documental, inspeção e observação técnica.

Possíveis Limitações para a Execução da Auditoria: Ausência ou falta de entrega de processos e documentos ou dados

O que a análise vai permitir dizer/Possíveis achados: Tal análise permitirá emitir recomendações e lastrear matriz de riscos e procedimentos

Período Auditado: 2019 a 2023

Autorização: PAINT 2024/2025/2026

Matriz de Planejamento/Responsabilidades			
Eixos	Quesito de Auditoria	Subquesito de Auditoria	Membro da Equipe de Auditoria Responsável pela Execução
Conformidade	Controle Interno e Auditoria	1.1.1 - Gestão de Controladoria	Lucas de Souza Dias
	Controle Interno e Auditoria	1.1.2 - Gestão de Controladoria	Lucas de Souza Dias
	Controle Interno e Auditoria	1.1.3 - Gestão de Controladoria	Lucas de Souza Dias
	Controle Interno e Auditoria	1.2.1 - Gestão de Controles Internos, Governança, Auditoria e Compliance	Lucas de Souza Dias
	Controle Interno e Auditoria	1.3.1 - Gestão de Tomada de Contas Especial - TCE	Lucas de Souza Dias
	Transparência Pública	2.1.1 - Gestão da Transparência Pública	Lucas de Souza Dias
	Ouvidoria	3.1.1 - Gestão de Ouvidoria	Lucas de Souza Dias
	Planejamento	4.1.1 - Planejamento Estratégico	Lucas de Souza Dias
	Planejamento	4.1.2 - Planejamento Estratégico	Lucas de Souza Dias

Estratégico	Planejamento	4.2.1 - Análise de Cenários (Ambiente Regulatório)	Lucas de Souza Dias
	Fiscalização	5.1.1 - Fiscalização da Atuação de Profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas	Fábio de Medeiros Marcon
	Fiscalização	5.1.2 - Fiscalização da Atuação de Profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas	Fábio de Medeiros Marcon
	Fiscalização	5.1.3 - Fiscalização da Atuação de Profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas	Fábio de Medeiros Marcon
	Fiscalização	5.1.4 - Fiscalização da Atuação de Profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas	Fábio de Medeiros Marcon
	Fiscalização	5.1.5 - Fiscalização da Atuação de Profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas	Fábio de Medeiros Marcon
	Fiscalização	5.1.6 - Fiscalização da Atuação de Profissionais Médicos Veterinários e Zootecnistas	Fábio de Medeiros Marcon
	Coordenação e Assessoria	6.1.1 - Gestão de Gabinete: Diretoria Executiva	Lucas de Souza Dias
	Coordenação e Assessoria	6.1.2 - Gestão de Gabinete: Diretoria Executiva	Lucas de Souza Dias
	Coordenação e Assessoria	6.1.3 - Gestão de Gabinete: Diretoria Executiva	Lucas de Souza Dias
	Coordenação e Assessoria	6.1.4 - Gestão de Gabinete: Diretoria Executiva	Lucas de Souza Dias
	Coordenação e Assessoria	6.1.5 - Gestão de Gabinete: Diretoria Executiva	Fábio de Medeiros Marcon
	Coordenação e Assessoria	6.1.6 - Gestão de Gabinete: Diretoria Executiva - Políticas	Lucas de Souza Dias
	Coordenação e Assessoria	6.2.1 - Gestão de Convênios	Felipe Moreira Silva
	Coordenação e Assessoria	6.2.2 - Gestão de Convênios	Felipe Moreira Silva
	Coordenação e Assessoria	6.2.3 - Gestão de Convênios	Felipe Moreira Silva
	Coordenação e Assessoria	6.2.4 - Gestão de Convênios	Felipe Moreira Silva
	Coordenação e Assessoria	6.2.5 - Gestão de Convênios	Felipe Moreira Silva
	Coordenação e Assessoria	6.3.1 - Gestão de Assessoria Técnica	Fábio de Medeiros Marcon
	Coordenação e Assessoria	6.3.2 - Gestão de Assessoria Técnica	Fábio de Medeiros Marcon
	Coordenação e Assessoria	6.4.1 - Gestão de Assessoria Jurídica	Felipe Moreira Silva
	Coordenação e Assessoria	6.4.2 - Gestão de Assessoria Jurídica	Felipe Moreira Silva
	Coordenação e Assessoria	6.4.3 - Gestão de Assessoria Jurídica	Felipe Moreira Silva
	Coordenação e Assessoria	6.4.4 - Gestão de Assessoria Jurídica	Felipe Moreira Silva
	Comunicação	7.1.1 - Gestão de Comunicação Interna	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Comunicação	7.1.2 - Gestão de Comunicação Interna	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Comunicação	7.2.1 - Gestão de Comunicação Externa	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Econômicos	8.1.1 - Gestão de Planejamento Orçamentário	Luciana Morcelles dos Santos
	Econômicos	8.2.1 - Gestão de Planejamento Orçamentário	Luciana Morcelles dos Santos
	Econômicos	8.2.2 - Gestão de Contabilidade	Luciana Morcelles dos Santos

	Econômicos	8.2.3 - Gestão de Contabilidade	Luciana Morcelles dos Santos
	Econômicos	8.2.4 - Gestão de Contabilidade	Luciana Morcelles dos Santos
	Econômicos	8.2.5 - Gestão de Contabilidade	Luciana Morcelles dos Santos
	Econômicos	8.3.1 - Gestão de Inscritos em Dívida Ativa	Felipe Moreira Silva
	Econômicos	8.4.1 - Gestão de Inadimplentes	Felipe Moreira Silva
	Econômicos	8.5.1 - Gestão dos Processos de Execução Fiscal	Felipe Moreira Silva
	Econômicos	8.6.1 - Gestão de Contas Bancárias	Luciana Morcelles dos Santos
	Econômicos	8.7.1 - Gestão de Suprimento de Fundos	Luciana Morcelles dos Santos
	Econômicos	8.8.1 - Gestão de Declaração de Bens e Renda	Luciana Morcelles dos Santos
	Pessoas	9.1.1 - Gestão de Recursos Humanos	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Pessoas	9.2.1 - Gestão de Quadro/Quantitativo de Pessoal	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Pessoas	9.3.1 - Gestão de Contratações (Concursos Públicos, Comissionados - Cargos em Comissão e Estagiários)	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Pessoas	9.3.2 - Gestão de Contratações (Concursos Públicos, Comissionados - Cargos em Comissão e Estagiários)	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Pessoas	9.4.1 - Gestão de Planos de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS e Acordos Coletivos de Trabalho/ACTs, Gestão de Processos Administrativos Disciplinares/PADs e Sindicâncias	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Pessoas	9.4.2 - Gestão de Planos de Carreiras, Cargos e Salários – PCCS e Acordos Coletivos de Trabalho/ACTs, Gestão de Processos Administrativos Disciplinares/PADs e Sindicâncias	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Pessoas	9.5.1 - Gestão de Planos de Demissão Voluntária – PDVs	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Pessoas	9.6.1 - Gestão do Teletrabalho – Home Office	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Pessoas	9.7.1 - Gestão de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
Operacional	Administrativos	10.1.1 - Gestão de Processos de Pessoa Física – PF e Pessoa Jurídica - PJ	Fábio de Medeiros Marcon
	Administrativos	10.1.2 - Gestão de Processos de Pessoa Física – PF e Pessoa Jurídica - PJ	Fábio de Medeiros Marcon
	Administrativos	10.1.3 - Gestão de Processos de Pessoa Física – PF e Pessoa Jurídica - PJ	Fábio de Medeiros Marcon
	Administrativos	10.2.1 - Gestão de Atendimento ao Público Externo	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
	Administrativos	10.3.1 - Gestão de Licitações e Contratos	Felipe Moreira Silva

Administrativos	10.3.2 - Gestão de Licitações e Contratos	Felipe Moreira Silva
Administrativos	10.3.3 - Gestão de Licitações e Contratos	Felipe Moreira Silva
Administrativos	10.3.4 - Gestão de Licitações e Contratos	Felipe Moreira Silva
Administrativos	10.4.1 - Gestão de Patrimônio – Bens Imóveis e Móveis (edificações, veículos e equipamentos)	Luciana Morcelles dos Santos
Administrativos	10.5.1 - Gestão de Diárias, Hospedagens e Passagens, Pagamento de Jetons	Luciana Morcelles dos Santos
Administrativos	10.6.1 - Gestão de Livro de Registro de Empregados e Pastas Funcionais	Luciana Morcelles dos Santos
Administrativos	10.7.1 - Gestão de Folhas de Pagamento, Férias e Rescisões de Contrato de Trabalho de Colaboradores	Luciana Morcelles dos Santos
Administrativos	10.8.1 - Gestão de Atas de Reunião, Portarias, Resoluções, Certificados, Cédulas de Identidade, Demais Normas	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
Administrativos	10.9.1 - Gestão e Manutenção da Infraestrutura	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
Administrativos	10.10.1 - Gestão de Protocolo e Arquivo	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
Administrativos	10.11.1 - Gestão de Cozinha	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
Administrativos	10.12.1 - Gestão de Eventos	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
Administrativos	10.13.1 - Gestão do Meio Ambiente e Saúde (Pandemias)	Janaína Lobão Sampaio Calheiros
Cibernéticos	11.1.1 - Gestão da Tecnologia da Informação – TI	Fábio de Medeiros Marcon
Cibernéticos	11.1.2 - Gestão da Tecnologia da Informação – TI	Fábio de Medeiros Marcon
Cibernéticos	11.1.3 - Gestão da Tecnologia da Informação – TI	Fábio de Medeiros Marcon
Cibernéticos	11.2.1 - Gestão de Projetos de TI	Fábio de Medeiros Marcon
Cibernéticos	11.3.1 - Gestão de Segurança da Informação	Fábio de Medeiros Marcon

Documento assinado eletronicamente por:

- **Janaína Lobão Sampaio Calheiros, Empregado - EPEMED - CONTROLADORIA**, em 21/10/2024 13:28:31.
- **Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA**, em 21/10/2024 13:38:23.
- **Luciana Morcelles dos Santos, Chefe do Setor Contábil, Financeiro e de Recursos Humanos - FGSUP - SECOF**, em 24/10/2024 07:52:08.
- **Fabio de Medeiros Marcon, Assessor da Presidência do CFMV - CMSUP - CONTROLADORIA**, em 25/10/2024 14:14:49.
- **Lucas de Souza Dias, Controlador do CFMV - FGSUP - CONTRO/AUDIT**, em 06/11/2024 09:07:11.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2024. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 360076
Código de Autenticação: 836ce454bc





SISTEMA
CFMV/CRMVs
Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária

SIA TRECHO 3 Lotes, 145/155, Setor de Indústria e Abastecimento, Brasília / DF, CEP 71200-037

Documento Digitalizado Restrito

Relatório Anual de Atividades de Auditoria Interna (RAINT) nº 04/2024 - Preliminar - CRMV-SE

Assunto: Relatório Anual de Atividades de Auditoria Interna (RAINT) nº 04/2024 - Preliminar - CRMV-SE
Assinado por: Felipe Silva
Tipo do Documento: RELATÓRIO DE AUDITORIA
Situação: Finalizado
Nível de Acesso: Restrito
Hipótese Legal: Controle Interno (Art. 26, § 3º da Lei nº 10.180/2001)
Tipo do Conferência: Documento Original

Documento assinado eletronicamente por:

■ **Felipe Moreira Silva, Assessor Administrativo - CMSUP - CONTROLADORIA**, em 25/11/2024 15:37:05.

Este documento foi armazenado no SUAP em 25/11/2024. Para comprovar sua integridade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cmv.gov.br/verificar-documento-externo/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 912804
Código de Autenticação: e96411eaff



Documento Digitalizado Restrito

RAINT Definitivo ciência Plenário - CRMV-SE

Assunto: RAIN'T Definitivo ciência Plenário - CRMV-SE
Assinado por: Janaina Calheiros
Tipo do Documento: RELATÓRIO DE AUDITORIA
Situação: Finalizado
Nível de Acesso: Restrito
Hipótese Legal: Controle Interno (Art. 26, § 3º da Lei nº 10.180/2001)
Tipo do Conferência: Documento Original

Documento assinado eletronicamente por:

■ Janaina Lobão Sampaio Calheiros, Controladora do CFMV - FGMED - CONTROLADORIA, em 10/11/2025 17:30:43.

Este documento foi armazenado no SUAP em 10/11/2025. Para comprovar sua integridade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/verificar-documento-externo/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 1322825
Código de Autenticação: 84e5d238b9



Documento Digitalizado Restrito

Relatório Anual de Auditoria Interna (RAINT) – Versão Definitiva

Assunto: Relatório Anual de Auditoria Interna (RAINT) – Versão Definitiva
Assinado por: Urias Fagner
Tipo do Documento: RELATÓRIO DE AUDITORIA
Situação: Finalizado
Nível de Acesso: Restrito
Hipótese Legal: Controle Interno (Art. 26, § 3º da Lei nº 10.180/2001)
Tipo do Conferência: Documento Original

Documento assinado eletronicamente por:
■ **Urias Fagner Santos Nascimento, Presidente do CRMV-SE - FGSUP - PR/SE**, em 14/11/2025 11:38:33.

Este documento foi armazenado no SUAP em 14/11/2025. Para comprovar sua integridade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.cfmv.gov.br/verificar-documento-externo/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 1329402
Código de Autenticação: 01194bbae0

