**Uma imagem contendo Forma

Descrição gerada automaticamente**

**GUIA DE VERIFICAÇÃO DE CONFORMIDADE**

**AUTOAVALIAÇÃO DO CONTROLE INTERNO NA PCA**

Logotipo

Descrição gerada automaticamente

#### **Missão da CGE**

Promover instituições públicas fortes e confiáveis, adotando ações de controle que contribuam para a aplicação dos recursos públicos de forma regular, ética, eficiente, transparente e sustentável.

**GESTÃO SUPERIOR**

**Aloísio Barbosa de Carvalho Neto**

**Secretário de Estado Chefe da Controladoria e Ouvidoria Geral**

**Antônio Marconi Lemos da Silva**

**Secretário Executivo da Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado**

**Marcelo de Sousa Monteiro**

**Secretário Executivo de Planejamento e Gestão Interna da Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado**

**EQUIPE TÉCNICA**

**Coordenadora de Auditoria Interna**

**Ana Luiza Felinto Cruz**

**Articuladora da Coordenadoria de Auditoria Interna**

**Emiliana Leite Filgueiras**

**Orientador de Célula**

**Bruno Jesus Martins Lobo**

**Auditora de Controle Interno**

**Adrienne Fiuza Giampietro**

**PROJETO GRÁFICO**

**Coordenadora de Comunicação**

**Flávia Salcedo Coutinho**

**Articuladora da Coordenadora de Comunicação**

**Géssica Pereira Saraiva**

**Auxiliar Técnica da Coordenadora de Comunicação**

**Adriana Gonçalves Aguiar**

***Ceará – 2024***

**GUIA DE VERIFICAÇÃO DE CONFORMIDADE**

**AUTOAVALIAÇÃO DE CONTROLE INTERNO NA PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAL (PCA)**

**Legislação de regência:** Instrução Normativa TCE n.º 03/2015, alterada pela Instrução Normativa TCE n.º 01/2018.

**Observações:** A Autoavaliação de Controle Interno realizada no âmbito da Prestação de Contas Anual (PCA) tem sua estrutura inspirada na obra Controle Interno – Estrutura Integrada, elaborada e atualizada em 2013 pelo Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), sendo composta por 24 (vinte e quatro) afirmativas que buscam avaliar a estrutura de controle interno do órgão/entidade, as quais estão agrupadas em 5 (cinco) componentes, a saber: ambiente de controle; avaliação de risco; procedimentos de controle; informação e comunicação; e monitoramento.

O presente Guia de Verificação de Conformidade visa orientar os órgãos e entidades do Poder Executivo quanto a conformidade na evidenciação das afirmativas que compõem a autoavaliação, na medida que apresenta, resumidamente, o objetivo da avaliação de cada afirmativa e algumas possíveis evidências que podem ser utilizadas pelos órgãos e entidades para comprovação das afirmativas.

As informações contidas na coluna “Objetivo da Avaliação” não estão previstas na Instrução Normativa TCE n.º 03/2015, sendo incluídas neste guia pela equipe técnica da CGE para facilitar o entendimento de cada afirmativa e deixar claro para os órgãos e entidades o que se busca verificar na estrutura de controle interno com cada afirmativa e assim possibilitar uma melhor evidenciação.

Apesar da Instrução Normativa TCE n.º 03/2015 trazer de forma resumida as possíveis evidências de cada afirmativa, a equipe técnica da CGE optou por detalhar mais essas possíveis evidências e incluir mais possibilidades de evidenciação, trazendo uma visão mais prática e incorporando aspectos inerentes ao Sistema de Controle Interno do Poder Executivo, conforme previsto na Lei Complementar Estadual n.º 309/2023**. Nesse sentido, as possíveis evidências contidas neste guia não têm o objetivo de estabelecer um rol taxativo e necessário para que os órgãos e entidades obtenham a nota máxima na avaliação de cada afirmativa, podendo o órgão ou a entidade não possuir alguma evidência listada neste guia e mesmo assim a afirmativa ser avaliada com nota máxima.**

Por fim, orienta-se o órgão/entidade, sempre que julgar necessário, a anexar como evidência da afirmativa uma nota de esclarecimento assinada pela gestão superior, contextualizando e fazendo relação entre as evidências anexadas e a afirmativa avaliada.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **AMBIENTE DE CONTROLE[[1]](#footnote-1)** | **OBJETIVO DA AVALIAÇÃO** | **POSSÍVEIS EVIDÊNCIAS** |
| 1.1 | O planejamento estratégico está formalizado por meio de objetivos e metas. | Verificar se o órgão/entidade possui planejamento estratégico formalizado, definindo os caminhos a serem seguidos para um horizonte temporal, considerando suas competências legalmente estabelecidas. | - Planejamento Estratégico vigente no exercício avaliado, contendo objetivos e metas estabelecidas para determinado período;  - Atualização do planejamento estratégico, se houver;  - Normativo ou ato que aprova o planejamento estratégico, bem como sua atualização;  - Documentos que comprovam a divulgação do planejamento estratégico aos servidores e colaboradores. |
| 1.2 | Existe(m) código(s) formal(is) de conduta e outras políticas que explicitam os referenciais éticos da instituição a todos. | Verificar a existência de referenciais éticos a serem observados por todos os agentes públicos. O Poder Executivo Estadual possui seu Código de Ética e Conduta (Decreto Estadual n.º 31.198/2013), de observância obrigatória pelos órgãos/entidades, bem como possui estruturado o Sistema de Ética e Transparência (Decreto Estadual n.º 29.887/2009). Nesse sentido, cabe destacar que não há obrigação de que cada órgão/entidade possua um código de ética específico, ficando essa decisão a cargo de cada setorial, desde que esse código específico não entre em conflito com o disposto no Decreto Estadual n.º 31.198/2013. | - Decreto Estadual n.º 31.198/2013;  - Decreto Estadual n.º 29.887/2009;  - Normativo ou ato que institua Código de Ética específico para órgão/entidade, se houver;  - Normativo ou ato que designa a composição da Comissão Setorial de Ética Pública, nos termos do Decreto Estadual n.º 29.887/2009;  - Documentos que comprovam as ações realizadas pela Comissão Setorial de Ética Pública no exercício avaliado, tendo em vista suas atribuições estabelecidas no art. 13 do Decreto Estadual n.º 29.887/2009. |
| 1.3 | A estrutura organizacional atualizada está formalmente estabelecida. | Verificar se a atual estrutura organizacional (Organograma) está formalizada, dando transparência às suas áreas de atuação. | - Organograma[[2]](#footnote-2) vigente no exercício avaliado;  - Decreto Estadual que estabelece a estrutura organizacional. |
| 1.4 | As delegações de autoridade e competência são acompanhadas de definições claras das responsabilidades. | Verificar se as autoridades e competências delegadas estão claramente definidas e acompanhadas de responsabilidades específicas, assegurando que todos dentro do órgão/entidade compreendam seu papel e a extensão de seu poder de decisão. | - Lei Estadual n.º 16.710/2018 e suas alterações, que estabelece o modelo de gestão do Poder Executivo (dando ênfase ao Título VI);  - Decreto Estadual que trata do regulamento do órgão/entidade, no qual constam as delegações de autoridades e competências relacionadas aos cargos e áreas de atuação;  - Atos de provimento de cargo comissionado publicados no exercício avaliado. |
| 1.5 | Os deveres e responsabilidades essenciais são divididos ou segregados entre diferentes pessoas para reduzir o risco de ocorrerem erros, desperdícios ou fraudes. | Verificar o grau de observância ao princípio da segregação de função[[3]](#footnote-3) dentro do órgão/entidade. | - Decreto Estadual que trata do regulamento do órgão/entidade, que descreve a estrutura organizacional, detalhando as funções e responsabilidades de cada cargo;  - Mapeamentos de processos que demonstram o fluxo de trabalho e como as atividades são distribuídas entre diferentes pessoas;  - Documentos que comprovam a existência de múltiplos níveis de aprovação em atividades críticas, mostrando que essas atividades não estão centralizadas em uma única pessoa. |
| 1.6 | A alta direção monitora a implementação das recomendações e determinações da auditoria interna, dos controles interno e externo. | Verificar o comprometimento da alta direção com a implementação das recomendações e determinações das instâncias de controle, assegurando que as ações corretivas e de melhorias nos controles internos sejam implementadas de maneira eficaz e no prazo estabelecido. | - Relatórios do Sistema AVIA ou outros documentos que comprovam a elaboração de planos de ação, mostrando como o órgão/entidade implementará as recomendações e determinações das instâncias de controle, com prazos, responsáveis definidos e os devidos monitoramentos realizados;  - Atas de reuniões envolvendo a gestão superior, documentando discussões sobre os planos de ações para atender as recomendações e determinações, bem como acompanhamento desses planos de ação;  - *Prints* de tela do Sistema Avia que comprovem a possibilidade da gestão superior visualizar os status das implementações das recomendações e determinações, permitindo o acompanhamento pelo sistema. |
| 1.7 | Existe programa de educação continuada efetivamente executado com ações de capacitação orientadas para melhorar o desempenho dos servidores. | Verificar a existência e a execução de uma programação periódica de capacitação para os servidores, visando ampliar e atualizar seus conhecimentos e habilidades. | - Plano periódico de capacitação dos servidores, destacando a programação das capacitações e as competências que serão desenvolvidas ou aperfeiçoadas com cada capacitação;  - Relatório de execução do plano de capacitação, demonstrando as capacitações que foram realizadas;  - Documento que estabeleça os requisitos, gerais e específicos, de qualificação dos servidores para cada cargo, subsidiando a elaboração do plano de capacitação;  - Mapeamento do processo de elaboração do plano de capacitação, demonstrando o fluxo das atividades que são realizadas até a elaboração do plano. |
| 1.8 | Durante o processo de contratação de colaboradores e preenchimentos de cargos comissionados existem regras e controles para evitar privilégios. | Verificar os controles existentes para evitar privilégios no processo de admissão de terceirizado e de preenchimento de cargos comissionados. | - Decreto Estadual n.º 32.999/2019, que estabelece, no âmbito do Poder Executivo, os procedimentos a serem observados quando do provimento de cargos/empregos em comissão e funções de confiança;  - Instrução Normativa Seplag n.º 02/2019, que trata dos aspectos operacionais a serem observados para cumprimento do Decreto Estadual n.º 32.999/2019;  - Declarações negativas de nepotismo assinadas no exercício avaliado, conforme modelo no anexo I da Instrução Normativa Seplag n.º 02/2019;  - Processo seletivo aberto no exercício avaliado para provimento de cargo comissionado;  - Documento que estabeleça os requisitos, gerais e específicos, de qualificação dos servidores para cada cargo;  - Documento que estabeleça os requisitos, gerais e específicos, de qualificação dos colaboradores para cada categoria de terceirizados. |
| 1.9 | Os resultados das avaliações de desempenho são considerados para tomada de decisão por parte das chefias e são comunicados ao servidor mediante feedback. | Verificar se os servidores estão tendo seus desempenhos avaliados e recebendo os feedbacks das avaliações, bem como se as chefias consideram os resultados das avaliações para tomada de decisão, como por exemplo, direcionar as capacitações dos servidores para suprir as lacunas de conhecimento identificadas nas avaliações. | - Normativos que regulamentam, no âmbito do órgão/entidade, a concessão de gratificação condicionada ao resultado da avaliação de desempenho dos servidores;  - Documentos que comprovam a realização da avaliação de desempenho dos servidores, demonstrando os itens avaliados;  - Atas de reuniões de feedback, e-mails ou outros documentos que comprovam que os resultados das avaliações de desempenho foram comunicados aos servidores;  - Documentos que demonstrem que os resultados das avaliações estão sendo utilizados para criar oportunidades de desenvolvimento para os servidores. |
| **2** | **AVALIAÇÃO DE RISCO[[4]](#footnote-4)** | **OBJETIVO DA AVALIAÇÃO** | **POSSÍVEIS EVIDÊNCIAS** |
| 2.1 | É prática da unidade o diagnóstico dos riscos (de origem interna ou externa) envolvidos nos seus processos estratégicos, bem como a identificação da probabilidade de ocorrência e impacto desses riscos, sua classificação e a consequente resposta ao risco. | Verificar se o órgão/entidade possui um processo estruturado de identificação, análise e gestão de riscos, essencial para a criação de valor e proteção contra perdas potenciais. | - Lei Estadual n.º 16.717/2018, que institui o programa de integridade do Poder Executivo;  - Decreto Estadual n.º 33.805/2020, que institui a política de gestão de riscos no Poder Executivo;  - Portaria CGE n.º 05/2021, que institui a metodologia de gerenciamento de riscos no Poder Executivo;  - Normativo ou ato que implementa a gestão de riscos no órgão/entidade e define as áreas de atuação responsáveis pelo gerenciamento de riscos;  - Documentos que comprovam a implementação do gerenciamento de risco em processos estratégicos do órgão/entidade, contemplando a identificação e análise dos riscos, avaliação dos riscos, priorização dos riscos, resposta aos riscos e plano de tratamento dos riscos. |
| 2.2 | Durante o processo de tomada de decisão gerencial, é considerado o diagnóstico de riscos, já comentado no item 2.1 desse questionário. | Verificar se o órgão/entidade incorpora a gestão de riscos de forma eficaz no processo de tomada de decisão gerencial. | - Atas de reuniões ou outros documentos que comprovam deliberações, envolvendo a gestão superior, que tenham sido realizadas a partir do gerenciamento de risco, como, por exemplo, decisão de realizar aquisição de equipamento que faz parte do plano de tratamento de determinado risco;  - Atas de reuniões ou outros documentos que comprovam a ciência da gestão superior dos aspectos relacionados ao gerenciamento de riscos dos processos estratégicos do órgão/entidade, subsidiando o processo de tomada de decisão gerencial. |
| 2.3 | Existe histórico, nos últimos 5 anos, de fraudes e perdas decorrentes de fragilidades nos processos internos da unidade.[[5]](#footnote-5) | Verificar se tem um histórico de fraudes e perdas causadas por fragilidades nos processos internos, o que pode indicar a existência de falhas nos controles internos ou na gestão de riscos. | - Declaração de inexistência ou existência de registro, nos últimos 5 anos, de fraudes e perdas decorrentes de fragilidades nos processos internos, assinada pela gestão superior. No caso de existência, descrever as situações ocorridas e como foram tratadas. |
| 2.4 | Na ocorrência de indícios de fraudes e desvios, é prática da unidade instaurar sindicância para apurar responsabilidades e exigir eventuais ressarcimentos. | Verificar se o órgão/entidade adota um processo formal e consistente de investigação e responsabilização quando há indícios de fraudes e desvios, assegurando que as ações corretivas sejam implementadas de forma eficaz e que haja a busca de ressarcimento por eventuais prejuízos. | - Declaração de inexistência de indícios de fraudes e desvios, assinada pela gestão superior; ou  - Documentos que comprovam a abertura de sindicância para apurar responsabilidades e exigir eventuais ressarcimentos. |
| **3** | **PROCEDIMENTOS DE CONTROLE[[6]](#footnote-6)** | **OBJETIVO DA AVALIAÇÃO** | **POSSÍVEIS EVIDÊNCIAS** |
| 3.1 | As políticas e ações de natureza preventiva ou de detecção, para diminuir os riscos e alcançar os objetivos da unidade estão formalizadas (normas e manuais) e são amplamente disseminados nos diversos níveis da organização. | Verificar se os controles internos da gestão, estabelecidos para mitigar os riscos dos processos, estão formalizados e amplamente divulgados dentro do órgão/entidade. | - Mapeamentos de processos ou outros documentos que comprovam a formalização de procedimentos de controles internos estabelecidos para mitigação dos riscos inerentes aos processos do órgão/entidade;  - Documentos que comprovam a divulgação desses procedimentos de controles internos formalmente estabelecidos. |
| 3.2 | Há política de segurança de informação formalmente definida. | Verificar se a política de segurança da informação está formalmente definida, garantindo que o órgão/entidade tenha medidas adequadas para enfrentar as ameaças à segurança da informação, bem como assegurar a confidencialidade, integridade e disponibilidade dos dados. | - Documento oficial que contenha a política de segurança da informação do órgão/entidade;  - Documentos que comprovam a disseminação interna da política;  - Mapeamentos de processos ou outros documentos que comprovam os procedimentos operacionais estabelecidos que complementam a política na medida que materializam suas diretrizes, como por exemplo: procedimentos de controle de acesso e de realização de backup. |
| 3.3 | Os ativos, recursos e registros vulneráveis são protegidos e salvaguardados por acesso restrito e controles físicos. | Verificar se o órgão/entidade possui medidas adequadas de segurança para proteger seus ativos e informações vulneráveis contra acessos não autorizados, perdas e fraudes. | - Documentos que comprovam a utilização de sistemas de segurança física, como: câmeras de vigilância instaladas em áreas críticas; sistemas de alarme em áreas com ativos importantes; fechaduras eletrônicas, leitores biométricos ou cartões de acesso em portas de entradas a locais sensíveis; e barreiras físicas (grades e portas reforçadas) que protejam ativos alto valor;  - Inventários de bens móveis, imóveis, intangíveis e de consumo, relativos ao exercício avaliado, devidamente assinados pela comissão inventariante, demonstrando que os bens são monitorados;  - Mapeamentos de processos ou outros documentos que comprovam os procedimentos operacionais estabelecidos para controle de acesso às informações gerenciadas pelo órgão/entidade. |
| 3.4 | É realizado periodicamente inventário de bens e valores de responsabilidade da entidade, observando inclusive a sua adequada mensuração nos registros contábeis. | Verificar se os bens estão sendo inventariados regularmente e corretamente registrados na contabilidade, de forma que os registros contábeis reflitam com precisão a realidade patrimonial do órgão/entidade. | - Portaria que constitui a comissão inventariante;  - Inventários de bens móveis, imóveis, intangíveis e de consumo, relativos ao exercício avaliado, devidamente assinados pela comissão inventariante;  - Balanço patrimonial do órgão/entidade, demonstrando a compatibilidade dos valores registrados na contabilidade com aqueles contidos nos inventários. |
| 3.5 | Existe plano de atividades de auditorias internas periódico, aprovado pela alta direção e efetivamente executado. | Verificar se é elaborado, aprovado pela gestão superior e executado um plano periódico de atividades de auditorias internas, compreendendo os serviços de avaliação e consultoria. No entanto, os órgãos da administração direta e as entidades da administração indireta que não possuem na sua estrutura organizacional uma unidade própria de auditoria interna governamental, os quais têm a CGE como unidade de auditoria interna, nos termos da Lei Complementar n.º 309/2023, deverão elaborar o plano periódico de atividades realizadas pela unidade setorial de controle interno no exercício de suas funções de segunda linha do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo. | - Lei Complementar n.º 309/2023, que trata do sistema de controle de interno do Poder Executivo;  - Plano periódico de atividades da unidade setorial de controle interno, no caso dos órgãos e entidades da administração indireta que não possuem uma unidade própria de auditoria interna governamental;  - Plano periódico de atividades de auditorias internas, no caso das entidades da administração indireta que possuem unidade própria de auditoria interna governamental;  - Relatórios ou outros documentos que comprovam a execução do plano de atividades elaborado. |
| **4** | **INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO[[7]](#footnote-7)** | **OBJETIVO DA AVALIAÇÃO** | **POSSÍVEIS EVIDÊNCIAS** |
| 4.1 | As informações consideradas relevantes para o Órgão são devidamente identificadas, documentadas, armazenadas. | Verificar se as informações relevantes para o órgão/entidade são adequadamente gerenciadas, garantindo sua qualidade, acessibilidade e segurança. | - Mapeamentos de processos que padronizam os fluxos de comunicação dentro do órgão/entidade, garantindo que as informações relevantes sejam devidamente distribuídas e utilizadas pelos tomadores de decisão;  - Relatórios ou outros documentos que comprovam o uso de sistemas tecnológicos (como bancos de dados e sistemas de gestão documental) para armazenar e organizar as informações relevantes, com acessos controlados e políticas de backup. |
| 4.2 | O fluxo das informações e das comunicações está devidamente documentado, atende aos objetivos do órgão de forma tempestiva, e perpassa todos os níveis hierárquicos. | Verificar se o fluxo de informações e comunicações dentro da organização está estruturado de forma adequada para atender às necessidades operacionais, gerenciais e estratégicas. | - Mapeamentos de processos que padronizam os fluxos de comunicação dentro do órgão/entidade, garantindo que as informações relevantes sejam devidamente distribuídas e utilizadas pelos tomadores de decisão;  - Atas de reuniões e outros documentos que comprovam a disseminação de informações importantes para todos os níveis hierárquicos do órgão/entidade. |
| **5** | **MONITORAMENTO[[8]](#footnote-8)** | **OBJETIVO DA AVALIAÇÃO** | **POSSÍVEIS EVIDÊNCIAS** |
| 5.1 | A estrutura de controle interno do órgão/entidade é periodicamente monitorada, para avaliar sua validade e qualidade ao longo do tempo. | Verificar se a estrutura de controle interno do órgão ou entidade é periodicamente monitorada para garantir que permaneça eficaz e adequada às suas necessidades ao longo do tempo. | - Relatórios ou outros documentos que comprovam as atividades realizadas pela unidade setorial de controle interno, com vistas a monitorar a estrutura de controle interno do órgão/entidade, como por exemplo: aplicação dos guias de verificação de conformidade e o relatório de execução das atividades da unidade setorial de controle interno;  - Relatórios de auditoria interna e externa emitidos no exercício avaliado, se houver. |
| 5.2 | Quando necessário, os gestores determinam ações corretivas com vistas ao aperfeiçoamento da estrutura de controle interno do Órgão. | Verificar se os gestores determinam a implementação de ações corretivas necessárias para melhoria contínua da estrutura de controle interno, assegurando que permaneça eficaz e adequada às necessidades do órgão/entidade. | - Planos de ação formalmente documentados, contendo as ações corretivas que foram determinadas pelos gestores após a identificação de falhas ou deficiências nos controles;  - Atas de reuniões ou outros documentos que comprovam o acompanhamento da implementação das recomendações e determinações emitidas pelas instâncias de controle. |
| 5.3 | Existem padrões para medir periodicamente o desempenho da organização em relação a todos os seus objetivos e metas. | Verificar se existe indicadores de desempenho estruturados para monitorar o alcance dos objetivos estratégicos do órgão/entidade. | - Planejamento Estratégico do órgão/entidade, demonstrando os indicadores utilizados para medir o alcance dos objetivos estratégicos, bem como as metas estabelecidas;  - Normativo ou ato que estabeleçam metas periódicas para o órgão/entidade;  - Atas de reuniões ou outros documentos que comprovam o monitoramento do cumprimento dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas. |
| 5.4 | Quando necessário, os gestores determinam ações corretivas com vistas ao alcance de metas. | Verificar se os gestores monitoram o cumprimento das metas estabelecidas, bem como determinam a implementação de ações corretivas quando desvios e dificuldades no cumprimento são detectados, contribuindo para o alcance das metas. | - Atas de reuniões ou outros documentos que comprovam o monitoramento do cumprimento dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas, bem como a determinação de ações corretivas quando desvios e dificuldades no cumprimento são detectados. |

1. O ambiente de controle é um conjunto de normas, processos e estruturas que fornece a base para a condução do controle interno por toda a organização. (Controle Interno – Estrutura Integrada (COSO), 2013) [↑](#footnote-ref-1)
2. É possível encontrar todos os organogramas dos órgãos e entidades do Poder Executivo no seguinte link: https://www.ceara.gov.br/organograma. [↑](#footnote-ref-2)
3. Segregação de funções consiste em atribuir a pessoas diferentes as responsabilidades de autorizar e registrar transações, bem como manter a custódia dos ativos. A segregação de funções destina-se a reduzir as oportunidades que permitam a qualquer pessoa estar em posição de perpetrar e de ocultar erros ou fraudes no curso normal das suas funções. (CFC - NBC TA 315 (R2)/2021) [↑](#footnote-ref-3)
4. A avaliação de riscos envolve um processo dinâmico e iterativo para identificar e avaliar os riscos à realização dos objetivos. (Controle Interno – Estrutura Integrada (COSO), 2013) [↑](#footnote-ref-4)
5. Para essa afirmativa deve-se utilizar a relação inversa às demais afirmativas para a atribuição da nota, observando as seguintes escalas: não existe histórico de fraudes e perdas (nota 1); foram identificados 1 ou 2 casos de fraudes e perdas (nota 2); foram identificados 3 ou 4 casos de fraudes e perdas (nota 3); foram identificados 5 ou mais casos de fraudes e perdas (nota 4). Nesse sentido, caso seja atribuído a nota 3 ou 4 será necessário o preenchimento do plano de ação. (Orientações contidas no Ágora/TCE) [↑](#footnote-ref-5)
6. Atividades de controle são ações estabelecidas por meio de políticas e procedimentos que ajudam a garantir o cumprimento das diretrizes determinadas pela administração para mitigar os riscos à realização dos objetivos. (Controle Interno – Estrutura Integrada (COSO), 2013) [↑](#footnote-ref-6)
7. A informação é necessária para que a entidade cumpra responsabilidades de controle interno a fim de apoiar a realização de seus objetivos. A comunicação é o processo contínuo e iterativo de proporcionar, compartilhar e obter as informações necessárias. (Controle Interno – Estrutura Integrada (COSO), 2013) [↑](#footnote-ref-7)
8. Uma organização utiliza avaliações contínuas, independentes, ou uma combinação das duas, para se certificar da presença e do funcionamento de cada um dos cinco componentes de controle interno, inclusive a eficácia dos controles nos princípios relativos a cada componente. (Controle Interno – Estrutura Integrada (COSO), 2013) [↑](#footnote-ref-8)