


	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 1/21

Sumário

1. OBJETIVO	2
2. ABRANGÊNCIA.....	2
3. DEFINIÇÕES.....	2
4. DIRETRIZES	5
5. DOCUMENTAÇÃO DE CONTROLES INTERNOS	6
6. AUTO AVALIAÇÃO DOS CONTROLES.....	11
7. AVALIAÇÃO INDEPENDENTE DE CONTROLES INTERNOS.....	12
8. PLANO DE AÇÃO.....	14
9. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES	17
10. GESTÃO DE CONSEQUÊNCIA.....	20
11. REFERÊNCIAS	20
12. DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR.....	20
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	21

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 2/21

1. OBJETIVO

Este documento tem como objetivo estabelecer as diretrizes de avaliação de controles internos e, garantindo que sejam efetivos e consistentes com a natureza, complexidade e riscos das operações, bem como orientar os procedimentos de identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos inerentes às atividades, incorporando a visão de riscos à operação e tomada de decisões estratégicas, em conformidade com as legislações que a exigem e melhores práticas de mercado.

2. ABRANGÊNCIA

Esta política aplica-se a todos os administradores (Diretores Estatutários, membros do Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Comitês), colaboradores da Unimed Fesp, FespPart Participações S.A e empresas sócias e coligadas, bem como, por todos os seus respectivos administradores, colaboradores e prepostos a eles vinculados.

3. DEFINIÇÕES

Ação Corretiva: é uma atuação ou efeito implementado para eliminar as causas de uma não-conformidade, defeito ou situação indesejável detectada, de forma a evitar a sua repetição.


Agente de Compliance: Colaborador interno designado para apoiar as áreas operacionais no gerenciamento dos riscos relacionados à execução das atividades cotidianas, servindo como suporte e facilitador da Área de Governança, Riscos e Compliance - GRC.

Ação Preventiva: Ação para eliminar a causa de uma potencial não-conformidade ou outra situação potencialmente indesejável.

Cadeia de Valor: Consiste na forma como as atividades, processos e negócios da Unimed Fesp e empresas ligadas e/ou controlas por esta estão organizados, de modo a gerar valor às partes interessadas, como acionistas, fornecedores, colaboradores, órgãos reguladores e consumidor final.

Consequência: Resultado de um evento que afeta os objetivos.

Controles Internos: Conjunto de políticas, metodologias e normas, além de atividades de acompanhamento, automatizadas ou não, com vistas a reduzir o grau de exposição a risco, subsidiar o cumprimento dos objetivos estabelecidos por uma empresa, assegurar a

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 3/21

existência de conformidade com as leis e regulamentos, assim como promover a confiabilidade dos relatórios gerenciais., garantindo a segurança das informações, promovendo a eficiência operacional e encorajando a aderência às políticas e evitar fraudes, erros e crises na Cooperativa.

Controle detectivo: Mecanismos que demonstram a existência de anomalias ou de desvios em relação às metas ou objetivos estabelecidos pela empresa.

Controle preventivo: Conjunto de políticas, normas e procedimentos estabelecidos pela Empresa com o objetivo de reduzir, preventivamente, o grau de exposição aos riscos.

COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission): Entidade sem fins lucrativos, dedicada à melhoria contínua da confiabilidade dos dados apresentados nas demonstrações financeiras, por instrumento da ética, efetividade dos controles internos e governança corporativa. Desenvolveu, em 1992, o *framework* “*Internal Control - Integrated Framework*”, posteriormente revisado e relançado no ano de 2013, o qual se tornou referência mundial para o estudo e a aplicação de controles internos efetivos.

Deficiência de controle: Irregularidades na execução do controle, identificadas ao longo dos procedimentos de avaliação de ambiente de controles (ausência de controle, ausência de evidência, ausência de política, deficiência no desenho, etc.).


Evento: Ocorrência ou mudança em um conjunto específico de circunstâncias.

Frequência: Número de eventos ocorridos em um determinado período.

Fraude: Ação intencional de omissão e/ou manipulação de transações e operações, adulteração de documentos, registros, informações e demonstrações contábeis, tanto em termos físicos quanto monetários.

GRC: estrutura que compõe, mas não se limite a Governança, Risco e Compliance, tendo ainda como setor interno Qualidade & Controles internos.

Impacto: É o volume do prejuízo/ganho financeiro, com base no patrimônio líquido da Unimed Fesp e empresas ligadas e/ou controlas por esta, extensão do desgaste/conservação da imagem institucional da Unimed Fesp e empresas ligadas e/ou controlas por esta, provocados por um determinado evento, descumprimento de demandas regulatórias e/ou não atendimento dos objetivos estratégicos.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 4/21

Matriz de Riscos: Instrumento utilizado para identificar, mapear, classificar, testar, tratar e monitorar os riscos.

Núcleo de Governança, Riscos e Compliance: Reunião que tem por objetivo garantir a transparência e a ética nas empresas, zelando pela efetiva adoção das melhores práticas de Governança, assim como avaliar os riscos inerentes aos seus negócios, incluindo avaliação qualitativa e quantitativa, de forma a assegurar a boa gestão dos recursos, a proteção e a valorização do seu patrimônio. A estrutura, composição, competências e regras de funcionamento estão previstas no Regimento Interno do Núcleo.

OM: Sigla de Oportunidade de melhoria, que tem como objetivo apresentar um estudo das dificuldades enfrentadas por uma empresa na melhoria de seus processos internos, como também propor uma metodologia a ser utilizada para a solução de problema e melhoria desse processo.

Plano de Ação: É a definição das ações corretivas para reduzir a exposição aos riscos residuais, a partir da identificação das deficiências ao longo do ciclo de avaliação do ambiente de controles internos.


Política de Gestão de Riscos: Declaração das intenções e diretrizes gerais de uma empresa, relacionadas à gestão de riscos.

Probabilidade: É o estudo de um número que representa as chances que determinado resultado apresenta de acontecer.

Processo de Negócio: Sucessão de atividades claramente definidas com pelo menos uma etapa inicial e uma final.

Risco - Evento ou condição incerta, interna ou externa, que, se ocorrer, terá efeito negativo sobre os objetivos da Cooperativa, podendo ocasionar perda financeira, impactando os retornos esperados.

Tipos de Controles: Os controles internos dos processos de negócio podem ser classificados em Preventivo (Executados no início do processo - previnem o acontecimento de erros ou irregularidades e minimizam os riscos na fonte) e Detectivo (Executados ao longo do processo, detectam erros que são difíceis de definir ou prever). Também podem ser classificados como Manual (realizado por meio de conferências ou procedimentos executados por uma pessoa), Automático (validações executadas por sistemas com pouca

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 5/21

ou nenhuma interferência de pessoas) ou Manual dependentes de TI (procedimentos realizados por associados a partir de informações ou ações de sistemas.

4. DIRETRIZES

As diretrizes visam assegurar a implementação do sistema de controles internos voltados para suas atividades e seus sistemas de informações financeiras, operacionais e gerenciais, a fim de assegurar a confiabilidade das informações, dados e relatórios produzidos pela operadora, buscar a utilização eficiente dos recursos, com eficácia em sua execução e atender a legislação e às normas internas aplicáveis à Fesp.

4.1. A estrutura de controles internos deve assegurar a identificação dos riscos decorrentes de todas as atividades operacionais, de fatores internos e externos que possam afetar adversamente a realização dos objetivos da Unimed Fesp, com vistas a garantir que estes sejam identificados, avaliados, monitorados, controlados e testados de forma eficiente e eficaz.

4.2. Deve-se garantir que os objetivos estabelecidos pela alta administração estejam alinhados com a estrutura de controles internos. Desta forma, as descrições dos controles internos devem ser acessíveis a todos os funcionários e compreender ações contínuas relativas a suas atividades, operações e níveis hierárquicos, prevendo, no mínimo:

a. A definição dos objetivos dos controles e das responsabilidades da operadora, de forma a evitar conflito de interesses nos processos internos;


b. Os meios de identificação e avaliação de riscos que podem ameaçar sua eficácia;

c. Canais de comunicação que assegurem aos funcionários o acesso às informações relevantes para execução das suas tarefas e responsabilidades, bem como o encaminhamento de contribuições para seu aperfeiçoamento;

d. Existência de testes de segurança e conciliação para os sistemas de informações, em especial aqueles mantidos em meio eletrônico;

e. Ações ou planos de contingência, quando necessários.

4.3. Todas as atividades que compõem os processos devem ser mapeadas, incluindo ainda os riscos inerentes a estes devidamente registrados na matriz de riscos, assim como seu ambiente de controle deve ser adequado e estar submetido a constante avaliação.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 6/21

4.4. Paralelamente ao mapeamento/identificação dos riscos, a Área de Governança, Riscos e Compliance - GRC deve identificar os controles existentes na estrutura da Fesp, os quais possuem o objetivo de mitigar a exposição aos riscos identificados.

4.5. A partir da identificação dos controles existentes nos processos e subprocessos, estes devem ser associados aos seus respectivos riscos e cadastrados no sistema de Gestão de Riscos, bem como na matriz de riscos e controles.

5. DOCUMENTAÇÃO DE CONTROLES INTERNOS


5.1. A documentação dos processos, riscos e controles internos deve ser formalizada através de uma matriz de controles internos, a qual deve ser estruturada de forma a garantir as informações necessárias que suportam a avaliação dos processos, sistemas e controles.

A matriz de controles internos contém a seguinte estrutura: processo, subprocesso, fator de risco, atividade de controle, frequência, responsável, tipo de controle (preventivo/detectivo), natureza do controle (manual, automático, manual dependente de TI), relevância (controle chave) e resultado da eficácia avaliada.

5.2. Os registros na matriz de controles internos devem ser atualizados pela Gestão de GRC, conforme informação recebida do responsável pelo controle interno, mediante alterações nos negócios (processos, pessoas, sistemas) ou quando há alteração identificada no processo de auto avaliação de controles internos.

Destacamos a seguir as principais etapas do processo:

- Mapeamento dos processos;
- Escopo;
- Contexto interno e externo;
- Identificação dos riscos;
- Gerenciamento dos Riscos Estratégicos;
- Identificação dos controles;
- Identificação das deficiências.
- Autoavaliação de riscos e controles, pelos gestores;
- Mensuração do impacto e probabilidade;
- Classificação do risco;
- Resposta ao risco;

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 7/21

- Monitoramento e avaliação do ambiente de controles;
- Registro e reporte;
- Análise crítica.

5.3. Mapeamento dos Processos


O mapeamento possibilita uma visão detalhada dos processos e subprocessos das Companhias, bem como o entendimento das principais características das operações, por meio da análise da documentação disponível e com base em entrevistas com gestores e colaboradores chaves que atuam nos processos do negócio.

Os principais objetivos do mapeamento de processos estão relacionados a entender as atividades de negócio, suporte ou gestão, considerando o escopo definido, identificar os eventos e fatores de risco, bem como os controles do processo ou subprocesso. A etapa de mapeamento de processos é fundamental para o funcionamento dos controles internos, uma vez que constitui a fase de entendimento sobre o ambiente de negócios e estrutura de controles.

A área da Qualidade é responsável por realizar esse mapeamento, sendo esta etapa parte integrante desta Política.

Os processos de negócio, apoio e gestão das Companhias estão documentados na Cadeia de Valor apresentam cinco níveis, conforme descrito abaixo:

- 1º nível - Camada: Divisão da Cadeia de Valor que representa o desdobramento das atividades e processos das Companhias em “Gestão”, “Negócio” e “Apoio”.
- 2º nível – Segmento de Negócio: Existente apenas para a Camada de Negócio, que reflete o desdobramento das atividades e processos, de acordo com o segmento do negócio (Saúde, Odonto, Vida, Previdência e Ramos Elementares).
- 3º nível – Macroprocesso: Conjuntos de atividades pelos quais a organização cumpre a sua missão, gerando valor para as partes interessadas. Na Camada de Negócio, cada segmento de atuação (Saúde, Odonto, Vida, Previdência e Seguro de Vida) possui seu conjunto de Macroprocessos.
- 4º nível - Processo: Cada macroprocesso engloba vários processos, por meio dos quais são viabilizados os resultados pretendidos. Tais processos têm início e fim bem determinados, numa sucessão clara e lógica de ações interdependentes que geram resultados.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 8/21

- 5º nível - Subprocesso: Nível maior de detalhamento, que demonstram os fluxos de trabalho e atividades sequenciais e interdependentes, necessárias e suficientes para a execução de cada processo.

5.4. Identificação dos Controles

Paralelamente ao mapeamento/identificação dos riscos, a estrutura de Governança, Riscos e Compliance deve identificar os controles existentes na estrutura da Unimed Fesp, os quais possuem o objetivo de mitigar a exposição aos riscos identificados.

A partir da identificação dos controles existentes nos processos e subprocessos, estes devem ser associados aos seus respectivos riscos e cadastrados no sistema de Gestão de Riscos, bem como na matriz de riscos e controles.


5.5. Identificação das Deficiências

As deficiências são apontamentos que demandam ação do responsável para correção da ocorrência, podendo decorrer, por exemplo, da ausência de controle, ausência de evidência na execução do controle, não aderência a uma norma aplicável ou não execução efetiva de um controle, identificadas pela área responsável pelo subprocesso ou pela estrutura de Governança, Riscos e Compliance.

Nesta etapa, a identificação das deficiências pode ser realizada por qualquer membro da 1º ou 2ª linha de defesa. A área responsável pelo subprocesso, para o qual foi apontada uma deficiência, é responsável por apresentar como resposta uma proposta de solução, traduzida em um plano de ação, o qual será tratado na etapa “Resposta”.

5.6. Avaliação do Ambiente de Controle

Após mensurar o impacto e probabilidade dos riscos associados ao subprocesso realizado pela área de Risco & Prevenção à Fraudes, os agentes de Compliance de cada uma das áreas devem avaliar os controles mapeados para mitigação dos riscos, por meio da técnica CSA (Auto Avaliação de Controles - Control Self Assessment). Após a autoavaliação dos controles pelas áreas, os mesmos serão avaliados pela estrutura de Governança, Riscos e Compliance, por meio de walkthrough ou teste de controle.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 9/21

5.6.1. Walkthrough e Testes de Controles

Atividades sob responsabilidade da estrutura de Governança, Riscos e Compliance, podendo ser executada por agentes de conformidade. Tem como objetivo avaliar a eficácia e eficiência dos controles existentes e associados aos riscos inerentes aos processos e subprocessos da empresa. A avaliação por meio do walkthrough e testes de controles é um mecanismo que assegura a existência e revisão periódica dos processos, riscos e controles da empresa, e deverá ser executada de acordo com o impacto do risco, conforme tabela abaixo:

	CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL		
	Baixo	Médio	Alto
Tipo de Avaliação	<i>Walkthrough</i>	<i>Walkthrough</i>	Teste de Controle

Walkthrough


Consiste na revisão do fluxo de atividades de um determinado subprocesso e considera a avaliação do desenho dos controles para mitigação dos riscos, com o objetivo de:

- Confirmar o entendimento sobre o subprocesso e fluxo de transações;
- Validar a eficácia do desenho de controles identificados;
- Confirmar se os controles estão em operação;
- Revisar os riscos dos subprocessos e identificar novos riscos.

A realização do walkthrough nos controles deve fornecer as evidências necessárias para avaliar a eficácia do desenho do controle. Após conclusão do walkthrough, os resultados devem ser registrados no sistema de Gestão de Riscos, com o preenchimento das atividades realizadas, evidências geradas e conclusão do walkthrough (resultado efetivo ou inefetivo).

Nota: Para os controles considerados inefetivos, a Área de Governança, Riscos e Compliance deverá registrar as deficiências de controles (gaps), abrindo o registro de deficiências no sistema de Gestão de Riscos, para que as áreas envolvidas elaborem planos de ação corretivos, conforme detalhado na etapa de Mitigação e Controle, desta Política.

Teste de Controle

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 10/21

Consiste em avaliar a efetividade do funcionamento/operação dos controles, considerando as seguintes diretrizes:

- Avaliar se o controle é executado corretamente, de acordo com o seu desenho;
- Avaliar se o controle é executado de acordo com a frequência esperada;
- Verificar se o controle é aplicado a todas as operações contempladas pelo fluxo operacional;
- Revisar se os desvios estão suportados por controles compensatórios.

Os testes de controles devem ser realizados por meio de seleção de amostras aleatórias, para garantir a confiabilidade da base, sendo que o tamanho da amostra deve ser definido de acordo com a frequência do controle.

Para a execução dos testes de efetividade dos controles, as seguintes técnicas devem ser utilizadas:


Indagação: entrevistas detalhadas para obtenção de evidências quanto à eficácia dos controles. Esta técnica deve ser realizada, obrigatoriamente, em conjunto com outras técnicas de execução de testes (exemplo: análise de evidência documental), para corroborar a informação obtida na indagação.

Observação: consiste em observar a execução de uma atividade de controle, o que normalmente fornece evidência substancial sobre sua eficácia. Apesar disso, por si só, não fornece evidência suficiente para concluir sobre a eficácia da atividade de controle. A ausência de erros nos itens observados não fornece evidência conclusiva de que a atividade de controle é eficaz, sem a supervisão.

Análise de documentação: obtenção de evidências quanto à eficácia do controle por meio de análise da documentação. O grau de segurança que se obtém com esta técnica é considerado alto para a grande maioria dos controles, porém pode haver a necessidade de ser complementado com outro tipo de técnica.

Reperformance: consiste na reexecução independente do controle. O resultado confere alta segurança quanto à efetividade do controle para a amostra selecionada. Esta técnica tem como ponto desfavorável o seu alto custo e tempo para execução.

Por fim, da mesma maneira que no walkthrough, a Área de Governança, Riscos e Compliance deve registrar os gaps (deficiências) no sistema de Gestão de Riscos e direcioná-los às áreas internas para elaboração de planos de ação que mitiguem as deficiências apontadas.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 11/21

Nota: Esta fase de avaliação, por meio de walkthrough e testes de controles, poderá ser realizada por agentes de conformidade.

Quality Assurance

Caso o processo de walkthrough seja realizado por agentes de conformidade, será necessário avaliar os resultados alcançados, de modo a assegurar que o padrão de qualidade de execução seja cumprido pelas equipes designadas. O Quality Assurance consiste em:

- Verificar a coerência da avaliação realizada por meio de walkthrough;
- Avaliar a capacidade de mitigação dos planos de ação, para os casos aplicáveis;
- Verificar a existência de evidências que suportam os resultados alcançados.

6. AUTO AVALIAÇÃO DOS CONTROLES


6.1. A auto avaliação de controles internos é o processo segundo o qual a avaliação de processos e controles deve ser realizada pelos próprios responsáveis por controle internos atribuídos na documentação da matriz de controles internos.

6.2. A auto avaliação deve ser realizada por meio de questionários ou de sessões facilitadas de avaliação da adequação dos controles internos para mitigar riscos e promover o cumprimento dos objetivos.

6.3. O procedimento de auto avaliação de controles internos deve ocorrer anualmente conforme cronograma definido pela Gestão de GRC.

6.4. Durante o processo de auto avaliação pode ser propostas pelos respectivos responsáveis alterações no desenho dos controles internos, inclusão de novos controles, substituição ou eliminação de controles desde que garanta segurança razoável de que todos os objetivos de negócio serão alcançados.

6.5. Como resultado da autoavaliação, os responsáveis pelos controles internos atribuem o status Implementado (para os controles e processos implantados e que estejam operando de maneira adequada conforme documentação na matriz de controles) ou Não Implementado (para os controles que não operam conforme descritivo). Os controles

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 12/21

internos com status Não Implementado devem apresentar justificativa para ser avaliada pela Gestão GRC.

6.6. Os resultados devem ser analisados pela Gestão de GRC e informados à Alta Administração.

7. AVALIAÇÃO INDEPENDENTE DE CONTROLES INTERNOS


7.1. A Avaliação dos controles internos deve ser realizada em duas fases: avaliação do desenho do controle (documentação e walkthrough) e avaliação da efetividade operacional (teste de controle).

7.2. A avaliação do desenho do controle interno é realizada anualmente para confirmar o entendimento do fluxo de transações e da documentação do processo.

7.3. A avaliação da efetividade operacional deve ser realizada anualmente e a seleção de controles internos a serem testados é realizada considerando os seguintes critérios: a) Relevância do controle (controle chave devem ser selecionados anualmente); b) Resultado do teste de efetividade do ano anterior (controles ineficazes são selecionados); c) Impacto nas demonstrações financeiras (controles considerados como escopo de avaliação da Auditoria Independente são selecionados); d) Histórico de seleção dos controles em anos anteriores (demais controles são selecionados conforme rodízio para que sejam avaliados no mínimo a cada 3 anos).

7.4. A Auditoria Interna realiza testes de controle interno conforme critérios de seleção acima ou conforme trabalhos de auditoria planejados para o ano.

7.5. O escopo de testes de controle interno com impacto nas demonstrações financeiras é definido em conjunto com a Auditoria Interna e Auditoria Independente de forma a garantir sinergia dos trabalhos. Os trabalhos executados pela Auditoria Independente podem utilizar informações prestadas pela Auditoria Interna para identificação de distorção relevante nas demonstrações contábeis, assim como a Auditoria Interna pode utilizar os trabalhos executados pela Auditoria Independente para complementar a avaliação do ambiente de controles da empresa. Esta sinergia não elimina a necessidade do auditor independente efetuar o estudo e avaliação do sistema contábil e de controles internos da entidade, como base para determinar a natureza, oportunidade e extensão da aplicação dos procedimentos de auditoria, considerando diversos aspectos.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 13/21

7.6. Os procedimentos de testes de controle interno são documentados no plano de trabalho e devem apresentar: informações do controle com base na matriz de controles internos, procedimento de teste (indagação, observação, inspeção, reperformance ou procedimentos analíticos), amostra selecionada, resultado do teste, conclusão do controle (eficaz/ineficaz), impacto mensurado, responsável pelo teste e data de realização do teste.

7.7. A amostragem do teste é definida aleatoriamente conforme natureza (manual, automático, manual dependente de TI) e frequência do controle.

7.8. Controles internos ineficazes são avaliados em relação classificação de deficiência significativa conforme extensão do impacto nas demonstrações financeiras ou operações da Fesp.

7.9. A Auditoria Independente compartilha o resultado do teste de controle interno com a Auditoria Interna para consolidação dos resultados e emite a carta de recomendação, destinada à Administração, sobre oportunidades de melhoria de controles internos identificadas na avaliação do controle interno.


7.10. O resultado dos testes de controles internos é consolidado pela Auditoria Interna e apresentado para a Alta Administração.

7.11. Efetividade do Controle

Com o término do ciclo de avaliação por meio de walkthrough, a estrutura de Governança, Riscos e Compliance deve concluir sua avaliação sobre o ambiente de controles internos da empresa. Neste momento, a avaliação é realizada de forma qualitativa e deve levar em consideração não apenas os resultados alcançados no walkthrough, mas também a probabilidade de ocorrência da materialização do risco, histórico de falhas, apontamentos de fiscalização, auditorias, etc.

Apresentamos a seguir os conceitos a serem considerados para auxiliar a avaliação:

Inefetivo	Efetivo	Inexistente
Os controles internos apresentam falta de confiabilidade e as ações corretivas são	Os controles internos apresentam confiabilidade, não necessitando de ações corretivas. Além disso,	Os controles internos não foram definidos e aplicados, elevando a classificação do

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 14/21

implementadas somente após a materialização dos riscos.	existem políticas, normas, procedimentos formalizados.	risco, por conta de sua exposição.
---	--	------------------------------------

8. PLANO DE AÇÃO

Os controles internos avaliados como ineficazes devem ser discutidos com os responsáveis pela execução dos controles e gestão responsável para definição de plano de ação para correção da deficiência.


A gestão de GRC deve auxiliar na elaboração e acompanhamento da implementação dos planos de ações necessários para implementar ou aprimorar os controles internos necessários para mitigar os riscos.

Para os riscos que as áreas de negócios (1ª linha de defesa) não optarem por “Evitar” ou “Aceitar”, deverão ser definidos planos de ação para correção/melhoria do ambiente de controle, visando a mitigação do risco. Os planos de ação podem ser originários de aderência a novos normativos e/ou regulamentações ou derivados de análises de autoavaliação, walkthrough, testes de controles ou auditorias. Para cada plano de ação, deve ser definido também o prazo para implementação.

Para os controles associados aos riscos residuais “moderados” e “altos”, testados e considerados inexistentes ou inefetivos, a necessidade de planos de ação e controles compensatórios se torna obrigatória, visando a diminuição da possível materialização do risco, assim como a necessidade de testar esses controles compensatórios até a implementação do plano de ação definitivo. Segue abaixo tabela para aplicação dos planos de ação, de acordo com o resultado da efetividade do controle e risco residual:

Efetividade do controle	RISCO RESIDUAL		
	Baixo	Moderado	Alto
Inexistente/ Inefetivo	Plano de Ação	Plano de ação + controle compensatório	Plano de ação + controle compensatório

O status do plano de ação acordado deve ser informado para a Alta Administração.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 15/21

8.1. Monitoramento do Plano de Ação

O acompanhamento da implementação dos planos de ação deve ser realizado pela estrutura de Governança, Riscos e Compliance, para posterior encerramento da atividade no sistema de Gestão de Riscos.

Caso o prazo de implementação ultrapasse o definido inicialmente, a estrutura de Governança, Riscos e Compliance deve solicitar a reavaliação da área responsável pelo subprocesso (1ª linha de defesa) e a respectiva alteração.

Finalizado o plano de ação pela área proprietária (1ª linha de defesa), a estrutura de Governança, Riscos e Compliance deve avaliar a efetividade dos planos de ação, por meio de walkthrough e/ou teste no controle, para posterior encerramento da deficiência e formalização no Sistema de Gestão de Riscos.

8.2. Registro e Reporte


A etapa de reporte contempla a responsabilidade da Área de Governança, Riscos e Compliance em relação ao reporte do processo de Avaliação de Riscos e Controles à Alta Administração da Seguros Unimed. Também deve ser considerado o reporte independente realizado pela Auditoria Interna (3ª linha de defesa).

O reporte da avaliação de riscos e controles deverá ser realizado para as superintendências, ao final de cada ciclo de avaliação e, posteriormente, ao Núcleo de Governança, Riscos e Compliance.


Apresentamos, a seguir, exemplos de assuntos a serem abordados:

- Resultado dos riscos identificados;
- Resultado da avaliação do ambiente de controles;
- Monitoramento de planos de ação;
- Opinião conclusiva sobre o ambiente de controles internos.

A Área de Governança, Riscos e Compliance deverá elaborar o relatório de Avaliação do Ambiente de Controles Internos, o qual deverá permanecer arquivado na área por, no mínimo, cinco anos, conforme legislação vigente, permanecendo ainda à disposição da SUSEP, auditorias e Diretoria Executiva, caso solicitado.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 16/21

Além das definições descritas acima, quaisquer casos não previstos e/ou em desacordo com a presente Política deverão ser submetidos ao Núcleo de Governança, Riscos e Compliance, dado que é o fórum competente para reporte e acompanhamento das disposições previstas neste documento.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 17/21

8.3. Análise Crítica

A etapa de análise crítica da gestão de risco deve ser realizada anualmente, seguindo a sistemática aplicada na Política de Gestão de Riscos.

A análise crítica deve incluir:


- Resultado das auditorias de Gerenciamento de Riscos (internas e externas);
- Ações de acultramento para reforço da mentalidade de riscos;
- Resultado da avaliação dos controles internos.

9. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

As responsabilidades no modelo de Gestão de Riscos, Controles Internos e Compliance da Unimed Fesp e empresas ligadas e/ou controladas por esta baseiam-se no conceito de três linhas de defesa, conforme posicionamento do Instituto dos Auditores Internos (IIA) a respeito do tema “Gerenciamento Eficaz de Riscos e Controles”. A atuação da estrutura de Governança, Riscos e Compliance – GRC ocorre na 2ª linha de defesa, de maneira independente, mas não de forma isolada das áreas gestoras.

1ª linha de defesa: Responsável pelo gerenciamento, monitoramento e ações de respostas aos riscos, sendo a(s) área(s) responsável(is) pelos processos/subprocessos, riscos originais e execução de ações para mitigação dos riscos.

- É representada por todos os gestores das áreas de negócio e suporte, os quais devem assegurar a efetiva gestão de riscos dentro do escopo das suas responsabilidades organizacionais diretas.
- Gerir os riscos e controles dos processos de sua atribuição e das atividades terceirizadas relevantes sob sua coordenação, por meio de abordagens preventivas e detectivas.
- Implementar ações para mitigação e/ou monitoramento dos riscos.
- Comunicar prontamente a estrutura de Governança, Riscos e Compliance sempre que identificar riscos potenciais não previstos no desenvolvimento das atividades de controle ou alterações em relação às normas e regulamentações vigentes.
- Avaliar as normas externas e internas e verificar o impacto que estas podem ter nos seus processos e procedimentos e a necessidade de planos de ação para garantir sua aderência.


	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 18/21

- Definir e implantar os planos de ação para endereçamento dos apontamentos efetuados pelas Auditorias, Reguladores, Riscos e Compliance.

2ª linha de defesa: Responsável pelo apoio à 1ª linha de defesa, auxiliando na identificação, mensuração, avaliação, mitigação, monitoramento e reporte dos riscos e efetividade dos controles, bem como na aderência ao cenário regulatório, tanto interno, quanto externo.

- É responsável pelo apoio à 1º linha de defesa no gerenciamento dos riscos corporativos e é representada pela estrutura de Governança, Riscos e Compliance - estrutura com atuação consultiva junto às áreas executivas, porém com avaliação e reporte independentes sobre o gerenciamento dos riscos e ambiente de controle da empresa.
- Coordenar as atividades de Gestão de Riscos e Controles Internos junto às áreas de negócio e suporte, sendo independente no exercício de suas funções.
- Desenvolver e disponibilizar as metodologias, ferramentas, sistemas, infraestrutura e governança necessários para suportar o gerenciamento de Riscos Corporativos e Controles Internos nas atividades da empresa.
- Apoiar a primeira linha de defesa na implementação de práticas eficazes de gestão dos riscos corporativos.
- Certificar a eficiência e a eficácia do ambiente de controle da primeira linha de defesa, através de monitoramento e testes de controles.
- Assegurar a governança dos temas de Gestão de Riscos e Controles Internos, por meio de reporte periódico nos fóruns competentes.
- Acompanhar o endereçamento dos apontamentos efetuados pelas Auditorias e Reguladores.
- Coordenar as atividades de gestão de crises e de elaboração e aplicação dos planos de continuidade de negócios.
- Atuar em conjunto com outras áreas de suporte da organização que, dentre suas atribuições, também possuem atividades de segunda linha de defesa, como: Prevenção a Fraudes, Segurança da Informação e Jurídico, dentre outras.

3ª linha de defesa: Responsável por fornecer, para alta administração da empresa e órgãos de governança, avaliações independentes quanto à eficiência e eficácia dos processos e procedimentos estabelecidos, atuando em conformidade com as normas internacionais reconhecidas para a prática de auditoria interna.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 19/21

- É representada pela Auditoria Interna, e tem como objetivo fornecer opiniões independentes à Alta Administração sobre o processo de gerenciamento de riscos, a efetividade dos controles internos e a governança corporativa.

Auditoria Externa:


- Avaliar a qualidade e adequação do sistema de controles internos, inclusive sistemas de processamento eletrônico de dados e de gerenciamento de riscos.
- Reportar o descumprimento de dispositivos legais e regulamentares que tenham ou possam vir a ter reflexos relevantes nas demonstrações contábeis ou nas operações da empresa.

Diretoria-Executiva:

- Revisar a política de gerenciamento de riscos e submeter à aprovação do Conselho de Administração.
- Definir o nível de apetite ao risco na condução dos negócios.
- Aprovar a metodologia a ser utilizada para condução do processo de gerenciamento dos riscos corporativos.
- Autorizar, quando necessário, exceções às políticas e aos procedimentos.
- Promover a disseminação da cultura de gerenciamento de riscos na empresa.
- Acompanhar de forma periódica a gestão de riscos com o objetivo de garantir sua eficácia e o cumprimento de seus objetivos.

Conselho de Administração:

- Aprovar e revisar periodicamente as diretrizes, estratégias e políticas referentes ao gerenciamento de riscos da empresa.
- Assegurar a aderência da empresa às políticas e às estratégias de gerenciamento de riscos.
- Assegurar recursos adequados e suficientes para o exercício das atividades de gerenciamento de riscos de forma independente, objetiva e efetiva.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 20/21

10. GESTÃO DE CONSEQUÊNCIA

Colaboradores, fornecedores ou outros stakeholders que observarem quaisquer desvios às diretrizes desta Política, poderão relatar o fato ao Canal de Ética (<https://www.contatoseguro.com.br/unimedfesp>), podendo ou não se identificar.

O descumprimento das diretrizes desta Política acarretará aplicação de medidas cabíveis conforme o respectivo grau de importância e de acordo com normativos internos.


Situações excepcionais serão encaminhadas para a Diretoria Executiva e/ou demais órgãos de Governança.

11. REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR ISO 31000:2018 - Gestão de riscos - Princípios e diretrizes
- Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 31010:2012 - Gestão de riscos — Técnicas para o processo de avaliação de riscos.
- COSO-ERM - Committee of Sponsoring Organizations of Treadway Commission (“COSO ERM”)
- Lei federal 11.846 – Anticorrupção e Política de Relacionamento com Órgãos Públicos.
- Resolução Normativa 443 da ANS, que dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de planos de assistência à saúde, e suas respectivas alterações.

12. DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

- Código de Conduta
- PLT Anticorrupção
- PLT Compliance
- PLT Gestão de Riscos
- PLT Segurança da Informação

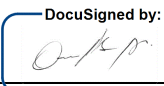
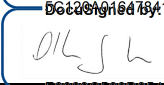
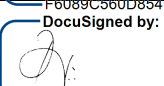
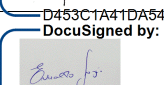

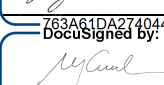
	POLÍTICA	Nº.: PL 1446-01	Rev.: 00
	Controles Internos	Data: 24/02/2020	FL.: 21/21

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

É competência da estrutura de Compliance em conjunto com a Diretoria Executiva da Unimed Fesp alterar esta Política, sempre que necessário.

Esta Política entra em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Executiva e revoga quaisquer normas e procedimentos em contrário.

Identificação das Alterações		
Revisão	Data da revisão	Alterações efetuadas
00	24/02/2020	- Elaborado por Controles Internos

Áreas envolvidas	Validação	Data
Diretoria Executiva	Política aprovada em reunião pela Diretoria Executiva.	
Omar Abujamra Junior	DocuSigned by: 	24/02/2020
Otto Cezar Barbosa Junior	DocuSigned by: 	24/02/2020
Reinaldo Antonio Monteiro Barbosa	DocuSigned by: 	24/02/2020
Everaldo Gregio	DocuSigned by: 	24/02/2020
Eduardo Ernesto Chinaglia	DocuSigned by: 	24/02/2020
Marcos de Almeida Cunha	DocuSigned by: 	24/02/2020