

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 03/2015

DISPÕE SOBRE A AUTOAVALIAÇÃO DE
CONTROLE INTERNO DOS
JURISDICIONADOS DO TRIBUNAL DE
CONTAS DO ESTADO.

O TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, no uso de suas atribuições legais, em especial o art. 3º da Lei Estadual nº 12.509, de 06 de dezembro de 1995, e

CONSIDERANDO que, por força da Resolução nº 01/2013, o Tribunal aderiu às Normas de Auditoria Governamental – NAGs, que contemplam princípios regedores da atividade de auditoria nas Cortes de Contas, e estão em harmonia com as normas da *International Organisation of Supreme Audit Instructions* – INTOSAI;

CONSIDERANDO o que dispõe as NAGs 4201.1.4 e 4309.1 que tratam especificamente da avaliação dos controles internos de cada órgão/entidade nas atividades de definição de escopo e de planejamento das auditorias;

CONSIDERANDO a necessidade de avaliação, por parte do Tribunal, do desenho e do funcionamento do sistema de controle interno dos jurisdicionados, na forma estabelecida na Resolução Atricon nº 05/2014, que aprovou as Diretrizes de Controle Externo Atricon nº 3204/2014, relacionadas à temática Controle Interno: instrumento de eficiência dos jurisdicionados”;

CONSIDERANDO que deve o Tribunal avaliar a estrutura do controle internos de cada órgão/entidade da Administração Pública estadual, tal como estabelecido no critério 6.4.6f do indicador QATC-6 (Controle Interno) do Marco de Medição de Desempenho dos Tribunais de Contas – MMD/TC;

CONSIDERANDO que a matriz de risco de que trata o art. 8º da Instrução Normativa nº 01/2015 tem como um dos critérios de sua elaboração a autoavaliação do controle interno;

RESOLVE, por unanimidade de votos:

Art. 1º Fica instituído o formulário de autoavaliação de controle interno dos jurisdicionados do Tribunal de Contas do Estado, na forma do Anexo Único.

Art. 2º O prazo para o envio ao Tribunal do formulário de que trata o art. 1º é de 60 (sessenta dias) contados do início do exercício financeiro.

§ 1º O responsável pelas informações contidas no formulário é o gestor máximo do órgão ou entidade jurisdicionada.

§ 2º As informações têm natureza declaratória, estando sujeitas à comprovação pelo Tribunal a qualquer tempo.

Art. 3º O questionário de autoavaliação e as devidas evidências requeridas nesta Instrução Normativa deverão ser prestadas por meio de arquivos utilizando os padrões XLS e PDF, respectivamente.

§ 1º Os arquivos tratados no caput desse artigo devem ser assinados digitalmente por meio do e-CPF do responsável ou o e-CNPJ, de modo a atestar a veracidade do conteúdo encaminhado.

Art. 4º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação, com repercussão a partir das Prestações de Contas Anuais referentes ao exercício de 2015, a serem apresentadas a partir de 2016, revogadas as disposições em contrário.

Votaram os Conselheiros Valdomiro Távora (Presidente), Alexandre Figueiredo, Soraia Victor, Edilberto Pontes, Rholden Queiroz, Patrícia Saboya, e o Conselheiro-Substituto Itacir Todero.

SALA DAS SESSÕES DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO CEARÁ, aos 24 de novembro de 2015.

Conselheiro José Valdomiro Távora de Castro Junior
PRESIDENTE

Esta Instrução Normativa foi publicada do DOE-TCE/CE de 30.11.2015

Anexo Único a que se refere o art. 1º da Instrução Normativa 03/2015

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DE CONTROLE INTERNO

Com o objetivo de promover uma avaliação da estrutura de controle interno implantado no órgão/entidade, são solicitadas informações sobre os seguintes componentes:

- I. ambiente de controle;
- II. avaliação de risco;
- III. procedimentos de controle;
- IV. informação e comunicação;
- V. monitoramento.

Para cada afirmativa, deve ser indicado um valor na escala de 1 a 4, de acordo com a situação que o órgão/entidade se encontrar no final do exercício objeto de exame.

1. Ambiente de Controle	Respostas	Evidências
1.1. O planejamento estratégico está formalizado por meio de objetivos e metas.		Planejamento Estratégico com objetivos e metas definidas.
1.2. Existe(m) código(s) formal(is) de conduta e outras políticas que explicitam os referenciais éticos da instituição a todos.		Código de Ética ou documento similar.
1.3. A estrutura organizacional atualizada está formalmente estabelecida.		Organograma ou normativo que detalhe a estrutura do órgão.
1.4. As delegações de autoridade e competência são acompanhadas de definições claras das responsabilidades.		Documento descrevendo as funções e suas respectivas competências.
1.5. Os deveres e responsabilidades essenciais são divididos ou segregados entre diferentes pessoas para reduzir o risco de ocorrerem erros, desperdícios ou fraudes.		Documentação que comprove a definição de controles-chaves e como um controle supervisionará o outro, demonstrando a segregação de funções.
1.6. A alta direção monitora a implementação das recomendações e determinações da auditoria interna, dos controles interno e externo.		Documento de acompanhamento das determinações/recomendações.
1.7. Existe programa de educação continuada efetivamente executado com ações de capacitação orientadas para melhorar o desempenho dos servidores.		Programação periódica de Treinamento.
1.8. Durante o processo de contratação de colaboradores e preenchimentos de cargos comissionados existem regras e		Políticas de realização dos Processos Seletivos

controles para evitar privilégios.		ou documento similar.
1.9. Os resultados das avaliações de desempenho são considerados para tomada de decisão por parte das chefias e são comunicados ao servidor mediante <i>feedback</i> .		Política de Avaliação de Desempenho ou documento similar.
2. Avaliação de Risco		
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.		Política de Gestão de Riscos ou documento similar.
2.2. Durante o processo de tomada de decisão gerencial, é considerado o diagnóstico de riscos, já comentado no item 2.1 desse questionário.		Política de Gestão de Riscos ou documento similar.
2.3. Existe histórico, nos últimos 5 anos, de fraudes e perdas decorrentes de fragilidades nos processos internos da unidade.		Documentos comprobatórios da(s) situação(ões) irregular(es).
2.4. Na ocorrência de indícios de fraudes e desvios, é prática da unidade instaurar sindicância para apurar responsabilidades e exigir eventuais ressarcimentos.		Processos de apuração da(s) situação(ões) irregular(es).
3. Procedimentos de Controle		
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 no diversos níveis da organização.		Manual de Controles Internos ou documento similar.
3.2. Há política de segurança de informação formalmente definida.		Política de Segurança de Informação ou documento similar.
3.3. Os ativos, recursos e registros vulneráveis são protegidos e salvaguardados por acesso restrito e controles físicos.		Item da Política de Segurança de Informação que trata do assunto ou documento similar.
3.4. É realizado periodicamente inventário de bens e valores de responsabilidade da entidade, observando inclusive a sua adequada mensuração nos registros contábeis.		Inventários.
3.5. Existe plano de atividades de auditorias internas periódico, aprovado pela alta direção e efetivamente executado.		Plano de Auditoria ou documento similar.
4. Informação e Comunicação		
4.1. As informações consideradas relevantes para o Órgão são devidamente identificadas, documentadas, armazenadas.		Item da Política de Segurança de Informação que trata do assunto ou documento

		similar.
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.		Mapeamento de Processos ou documento similar.
5. Monitoramento		
5.1. A estrutura de controle interno do órgão/entidade é periodicamente monitorada, para avaliar sua validade e qualidade ao longo do tempo.		Atas das Reuniões periódicas de monitoramento ou documento similar.
5.2. Quando necessário, os gestores determinam ações corretivas com vistas ao aperfeiçoamento da estrutura de controle interno do Órgão.		Resumo das ações corretivas adotadas ou documento similar.
5.3. Existem padrões para medir periodicamente o desempenho da organização em relação a todos os seus objetivos e metas.		Indicadores de Desempenho ou documento similar.
5.4. Quando necessário, os gestores determinam ações corretivas com vistas ao alcance de metas.		Resumo das ações corretivas adotadas ou documento similar.
Considerações Gerais:		

Notas:

1) A entidade auditada deve preencher o formulário com os valores de 1 a 4, de acordo com a validade da afirmativa no contexto do órgão, considerando os seguintes aspectos:

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Com frequência
- (4) Sempre

2) Caso tenha havido alteração da situação no período compreendido entre o final do exercício auditado e a data de entrega do relatório de gestão, o órgão deve especificá-la no campo “Considerações gerais” ao final do formulário;

3) No campo “Considerações gerais” do quadro, deve-se descrever a metodologia utilizada para analisar os quesitos e as áreas envolvidas para tal.

4) Recomenda-se que, durante a análise das afirmativas para aferição do valor da escala a ser informado, devem-se reunir pessoas que representem as áreas estratégicas da entidade, inclusive representantes da própria unidade de controle interno, caso exista.

5) No campo **EVIDÊNCIAS** indicar os documentos que demonstram o cumprimento do respectivo quesito.

Esta Instrução Normativa foi publicada do DOE-TCE/CE de 30.11.2015