RESOLUÇÃO Nº 05, DE 21 DE MAIO DE 2026.

Disciplina os conceitos, os prazos e procedimentos de auditoria, realizados pela Coordenação de Auditoria do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.

Considerando a necessidade de regulamentar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Auditoria, criada pela Resolução CA/IGESDF nº 03, de 16 de outubro de 2020;

Considerando a cooperação técnica e normativa estabelecida com a Controladoria-Geral do Distrito Federal - CGDF, a qual orienta observar a normatização, a sistematização e a padronização dos procedimentos das ações de controle interno;

Considerando a necessidade de reforçar o modelo de Três Linhas do Instituto dos Auditores Internos – IIA, previstos no Decreto nº 45.933, de 20 de junho de 2024;

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso I, alínea “d” e inciso VII do art. 11, do Decreto nº 45.482/2024, **RESOLVE:**

Capítulo I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta resolução disciplina os conceitos, os procedimentos aplicáveis e os tipos de ações de controle realizados pela Coordenação de Auditoria do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF.

Parágrafo único. Para fins desta Resolução, o termo “ação de controle” deve ser entendido como qualquer procedimento realizado com a aplicação do modelo de Três Linhas do Instituto dos Auditores Internos – IIA no Sistema de Controle Interno do IGESDF, com vistas à avaliação, à consultoria, à orientação e ao estabelecimento e execução de controles primários.

Art. 2º A aplicação do modelo de Três Linhas do Instituto dos Auditores Internos – IIA adaptado ao Sistema de Controle Interno do IGESDF observará as seguintes definições:

I – Primeira Linha: agentes responsáveis pela execução dos controles primários da gestão e pelo gerenciamento de riscos de seus próprios processos. Para os fins deste inciso:

a) Os **controles primários** devem ser instituídos e mantidos pelos gestores responsáveis pela implementação das políticas internas, durante a execução das atividades e das tarefas no âmbito dos seus macroprocessos finalísticos e de apoio;

b) O **gerenciamento de riscos** consiste na avaliação estruturada e coordenada de vulnerabilidades institucionais, com base na relação entre probabilidade e impacto, visando identificar, classificar e tratar riscos que comprometam os objetivos, afetem pacientes ou propiciem fraudes. Busca-se, assim, subsidiar

estratégias de mitigação, transferência ou aceitação dos riscos, preservando a integridade institucional.

II – Segunda Linha: setores de apoio à gestão, responsáveis pelo gerenciamento dos controles primários, pelo monitoramento dos riscos e orientações. Para os fins deste inciso:

a) O **gerenciamento de controles** consiste em ações coordenadas com o objetivo de contribuir para a correta aplicação dos controles primários estabelecidos e, quando necessário, pode incluir a proposição, ou até mesmo o estabelecimento, de novos controles ou adequações a controles já existentes, incluindo a remoção de controles ineficazes ou ineficientes ou que se tornaram desnecessários;

b) O **monitoramento dos riscos** consiste em acompanhar o andamento da gestão de riscos ou de indicadores de riscos da gestão, para identificar se as ações e projetos para tratamento dos riscos estão sendo implementados e estão gerando os efeitos esperados;

c) A **orientação à gestão** pode ocorrer de diversas formas, por meio de respostas a questionamentos específicos, reuniões técnicas, capacitações ou até mesmo treinamentos em ferramentas de controle e deve ser praticada de forma a possibilitar a absorção de conhecimento pelos gestores, com vistas a evitar a repetição de questionamentos e dúvidas.

III – Terceira Linha: formada pelos setores responsáveis pela função de Auditoria Interna, encarregados de prestar avaliações independentes e objetivas, bem como serviços consultivos, com a finalidade de auxiliar o IGESDF no alcance de seus objetivos institucionais. Compete a esta linha:

a) avaliar a eficácia dos controles primários adotados pela Primeira Linha;

b) verificar a efetividade do gerenciamento de riscos e da governança;

c) pautar sua atuação pelas diretrizes da Controladoria-Geral do Distrito Federal – CGDF, pelo Código de Ética do IGESDF e pelos demais normativos internos aplicáveis.

Art. 3º Os auditores internos terão, no exercício de suas atividades, acesso completo, livre e irrestrito a todo e qualquer registro, sistema de informática, ativo, pessoal, informação, atividade, operação, setor, programa e processos do IGESDF.

Seção I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º Para os fins desta Resolução, consideram-se as seguintes definições:

I – **Achado**: constatação documentada durante o trabalho de auditoria, obtida por meio da análise de evidências adequadas e suficientes, que demonstra a ocorrência de uma condição relevante quando comparada a critérios previamente definido**s.**

II - **Auditoria Interna:** serviço independente e objetivo de avaliação e consultoria, que se utiliza de um conjunto de técnicas sistemáticas para examinar, por meio de amostragem, as operações de uma organização sob a ótica dos processos e dos resultados gerenciais. Essa atividade baseia-se no confronto entre a situação encontrada e critérios previamente estabelecidos — sejam técnicos, operacionais ou normativos — com o propósito de agregar valor à organização, promovendo a melhoria contínua da gestão, a conformidade legal e a efetividade institucional.

III – **Diligência**: documento formal emitido com a finalidade de solicitar esclarecimentos, a realização de atos

específicos ou a correção de inconsistências ou irregularidades identificadas no processo em análise.

IV – **Matriz de Responsabilização**: instrumento resultante do processo de auditoria de conformidade que organiza e sistematiza a identificação dos responsáveis por irregularidades, falhas ou ineficiências detectadas, estabelecendo o nexo entre as condutas praticadas e seus respectivos impactos. Visa subsidiar eventual responsabilização administrativa, trabalhista, civil ou penal, além de orientar a adoção de medidas corretivas e o aprimoramento dos controles internos. Deve ser elaborada de forma objetiva, fundamentada e com observância à segurança jurídica e à transparência.

V – **Monitoramento**: processo contínuo de acompanhamento da execução das recomendações de auditoria, que visa avaliar a eficácia das ações corretivas adotadas, verificar a conformidade com normas e diretrizes institucionais e subsidiar o planejamento de futuras auditorias. Contribui diretamente para a melhoria contínua dos processos e controles organizacionais.

VI – **Ordem de Serviço**: instrumento formal emitido pela Controladoria Interna para autorizar e registrar a realização de ações de auditoria. Deve conter o tipo e a natureza da auditoria a ser executada.

VII – **Orientação:** manifestação técnica resultante de análise específica, que tem por objetivo esclarecer, sugerir caminhos ou indicar boas práticas à unidade auditada, sem caráter vinculativo ou obrigatório, sendo a decisão quanto à adoção das medidas orientadas de responsabilidade exclusiva da própria unidade.

VIII - **Papéis de Trabalho:** registros documentais elaborados ou obtidos pelo auditor durante o planejamento, execução e conclusão dos trabalhos de auditoria, com o objetivo de evidenciar as atividades realizadas, os critérios utilizados, as análises efetuadas, os achados identificados, as conclusões alcançadas e a fundamentação das recomendações apresentadas.

IX - **Planejamento de auditoria:** é a definição dos objetivos, escopo, metodologia, recursos e cronograma das ações de auditoria, com base na análise de riscos e na compreensão do ambiente auditado. Seu objetivo é garantir que o trabalho seja realizado com eficiência, eficácia e foco em áreas críticas, otimizando o uso dos recursos e assegurando a qualidade dos resultados.

X - **Plano Anual das Atividades de Auditoria Interna – PAINT** : instrumento de planejamento estratégico que consolida as ações de auditoria previstas para o exercício, estabelecendo prioridades, objetivos e critérios de seleção. Serve como guia para a atuação da unidade de auditoria interna, garantindo a racionalidade e a efetividade na alocação de recursos e esforços.

XI – **Plano de Ação**: é o instrumento formal que reúne um conjunto de medidas corretivas ou preventivas a serem adotadas pela unidade auditada, com o objetivo de tratar os riscos identificados, sanar as não conformidades apontadas e promover melhorias nos processos. Ele deve estar alinhado às recomendações da auditoria, conter prazos, responsáveis e indicadores de acompanhamento, de modo a garantir que as ações propostas sejam viáveis, específicas, mensuráveis e eficazes na resolução das causas dos problemas detectados.

XII – **Recomendação**: apontamento formal emitido pela unidade de auditoria interna à unidade auditada, com o propósito de corrigir falhas, sanar irregularidades ou promover o aprimoramento de processos, práticas e controles.

XIII – **Relatório Final**: documento técnico conclusivo que apresenta, de forma consolidada, as evidências auditadas, os procedimentos executados, as manifestações das áreas auditadas, a análise técnica dos achados e as recomendações e orientações propostas pela equipe de auditoria.

XIV – **Relatório Preliminar**: documento técnico inicial, elaborado antes do relatório final, contendo os

achados, evidências e informações obtidas durante a auditoria, com o objetivo de possibilitar manifestação prévia das unidades auditadas.

Seção II

DA COMPETÊNCIA REGIMENTAL DA COORDENAÇÃO DE AUDITORIA

Art. 5º Compete à Coordenação de Auditoria:

I - realizar auditorias, com base no planejamento estratégico do Instituto e em critérios de riscos, visando avaliar a eficácia dos processos, mecanismos de controle interno, gestão de riscos, integridade e governança no âmbito do IGESDF;

II - executar procedimentos de auditoria, como exames, levantamentos de dados, vistorias e inspeções, para assegurar a conformidade com as normas internas e legais aplicáveis;

III - requisitar documentos, dados e informações necessários à execução das auditorias, estabelecendo prazos para atendimento e assegurando a tempestividade das análises;

IV - analisar processos e procedimentos institucionais com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria e assegurar a aderência às melhores práticas de gestão e governança;

V – auditar os processos de aquisição, gestão contratual e fiscalização de contratos, com foco em itens de maior relevância, risco ou questionamento por órgãos de controle;

VI - emitir recomendações para a melhoria de processos, correção de irregularidades e mitigação de riscos institucionais;

VII - acompanhar e monitorar as atividades de inspeções e auditorias realizadas por órgãos externos, promovendo a integração e o fornecimento de informações necessárias;

VIII – exercer outras atividades correlatas às suas funções, conforme demanda e orientação do Controlador Interno.

Art. 6º No exercício das competências atribuídas à Coordenação de Auditoria, deverão ser observadas as seguintes ações típicas de controle inerentes à atividade de auditoria:

I - auditoria: ação de controle com foco na avaliação de processos, de resultados ou de instrumentos de governança. A natureza de análise pode ser de conformidade, de desempenho, ou de governança. Parte de escopo amplo, a ser detalhado na etapa de planejamento. A conclusão é alcançada com base no exame de amostras, não sendo necessária a análise integral dos registros relacionados ao objeto de auditoria;

II - inspeção: ação de controle com foco na identificação de falhas. A natureza de análise é sempre de conformidade. Parte de escopo definido, com a expectativa de cobertura integral do objeto sob análise;

III - consultoria: ação de controle com foco na transmissão de conhecimento relevante para a implantação e aprimoramento das estruturas de controles internos, de gerenciamento de riscos e de governança;

IV - levantamento: ação de controle com foco na obtenção de informações preliminares sobre a organização e o funcionamento dos setores do IGESDF. A natureza de análise é predominantemente diagnóstica. Parte de escopo amplo ou restrito, com abordagem exploratória.

§ 1º A realização das ações de controle será determinada por meio de Ordem de Serviço, emitida pela Controladoria Interna, com a identificação da natureza da análise, o prazo e o objetivo da ação de controle.

§ 2º A classificação do tipo de ação de controle constante nas Ordens de Serviço será definida de acordo com a predominância das características necessárias para cada trabalho.

§ 3º As auditorias deverão ser concluídas no prazo de até 06 (seis) meses, contados da data de emissão da respectiva Ordem de Serviço, podendo referido prazo ser prorrogado, mediante justificativa formal devidamente aprovada pela Controladoria Interna.

CAPÍTULO II

DAS AÇÕES DE CONTROLE DA AUDITORIA INTERNA

Seção I

Plano Anual de Auditoria Interna - PAINT

Art. 7º A programação anual das ações de controle a serem realizadas pela Coordenação de Auditoria deverá ser consignada no Plano Anual de Auditoria Interna - PAINT.

Art. 8º O PAINT é um instrumento gerencial que indica as ações de controle programadas para o período de 12 meses, contados entre 1º de fevereiro e 31 de janeiro do ano seguinte.

§ 1º O processo de elaboração do PAINT deverá contemplar a identificação dos objetos passíveis de serem auditados pela Coordenação de Auditoria.

§ 2º O processo de elaboração do PAINT deve contemplar consulta formal ao setor de Compliance, ao setor de Planejamento, às diretorias e à Presidência do IGESDF, a fim de coletar percepções sobre os riscos que podem impactar no alcance dos objetivos e da missão institucional, bem como sobre propostas de temas a serem auditados no exercício**.**

§ 3º O PAINT poderá ser revisado ou ajustado sempre que houver mudanças na capacidade operacional da Coordenação de Auditoria, nos processos internos ou nos riscos a eles relacionados.

§ 4º As ações de controle previstas no PAINT serão classificadas como “Programada” e as ações inseridas posteriormente serão classificadas como “Não Programadas”.

§ 5º O PAINT deverá ser aprovado pelo Controlador Interno do IGESDF.

Art. 9º O processo de elaboração do PAINT deverá observar as seguintes diretrizes:

I - utilizar critérios de risco na seleção das ações de controle;

II - relacionar, quando possível, as ações de controle ao Planejamento Estratégico do IGESDF;

III - selecionar ações de controle que priorizem a efetividade na prestação dos serviços de saúde, considerando as especificidades das unidades geridas pelo IGESDF;

IV - considerar, sob os aspectos de conformidade, desempenho, gerenciamento de riscos e governança, a possibilidade de formação de equipes multidisciplinares, integradas por colaboradores lotados em diferentes coordenações, de acordo com as necessidades específicas para a execução eficiente das ações de controle.

Seção II

Auditorias e Inspeções

Art. 10. As Auditorias e Inspeções obedecerão às seguintes fases:

I - Planejamento;

II - Execução;

III - Comunicação dos Resultados;

IV - Monitoramento das Recomendações.

Art. 11. Quanto à natureza da análise, as auditorias serão classificadas como:

I - Conformidade: foco na avaliação dos controles necessários para garantir a conformidade dos atos e fatos da gestão, podendo incluir a análise de regularidade de fatos específicos, principalmente como forma de obter evidências quanto à adequação dos controles, mas não deve se limitar a isso;

II - Desempenho: foco na avaliação dos resultados obtidos pela gestão, programas, planos ou ações internas com intuito de aferir sua eficiência, eficácia e efetividade, podendo incluir a verificação quanto à suficiência de controles e procedimentos existentes com vistas a aumentar a probabilidade de atingimento dos resultados desejados para o objeto auditado;

III - Governança: foco na avaliação dos mecanismos, práticas e estruturas de governança, dos sistemas de gestão de riscos e dos programas de integridade, para melhorar a eficácia de seus processos, acrescentar e proteger valor e melhorar as operações do instituto; e

IV - Integrada: combinação de qualquer uma das naturezas definidas nos incisos anteriores.

Art. 12. Nas auditorias e inspeções, os processos deverão ser autuados no Sistema Eletrônico de Informações – SEI, com acesso restrito, observando-se as seguintes etapas:

I – abertura de processo SEI para elaboração do Planejamento;

II – abertura de processo SEI para registro e guarda dos papéis de trabalho;

III – abertura de processo SEI para elaboração do Relatório Preliminar;

IV – abertura de processo SEI para elaboração do Relatório Final;

V – abertura de processo SEI para elaboração de Matriz de Responsabilização, quando aplicável.

VI - abertura de processo SEI para a fase de Monitoramento, quando aplicável.

Parágrafo único. Todos os processos que tratem do mesmo objeto das auditorias e inspeções deverão ser devidamente relacionados entre si.

Subseção I

Planejamento

Art. 13. A fase de Planejamento seguirá o seguinte fluxo:

I - identificação dos critérios relevantes associados ao objeto auditado;

II - apresentação da equipe aos gestores, com a informação sobre a natureza, objetivo, os critérios relevantes identificados e prazo previsto para o trabalho;

III - documentação da estrutura de controle associada ao objeto auditado;

IV - Identificação de pontos-chave relacionados ao objeto auditado;

V - classificação dos riscos associados aos pontos-chave do objeto auditado;

VI - elaboração de questões de auditoria para os pontos-chave selecionados;

VII - definição dos procedimentos necessários para responder às questões de auditoria;

VIII - apresentação das questões de auditoria e critérios de avaliação aos gestores.

Parágrafo único. No caso de ocorrer classificação de diferentes níveis de riscos associados aos pontos-chave, a equipe deve atuar priorizando os riscos mais altos, levando em consideração sua capacidade operacional para realizar a ação de controle no prazo definido.

Subseção II

Execução e Comunicação dos Resultados

Art. 14. As fases de Execução e de Comunicação dos Resultados são divididas nas seguintes etapas:

I - aplicação dos procedimentos definidos na etapa de planejamento;

II - realização de diligências, quando necessário, que serão respondidas no prazo de até 10 (dez) dias;

III - elaboração e revisão da Matriz de Achados;

IV - elaboração, revisão e emissão do Relatório Preliminar;

V - análise da manifestação dos gestores;

VI - elaboração, revisão e emissão do Relatório Final;

VII - elaboração e revisão da Matriz de Responsabilização, quando aplicável;

IX - publicação.

Art. 15. Nas Auditorias de Conformidade e nas Inspeções, as constatações são entendidas como falhas setoriais e deverão ser registradas conforme classificação e critérios a seguir:

I - Impacto baixo: situações pontuais que, pela baixa relevância, não têm desdobramentos que impactam a gestão da unidade examinada ou do programa/ação. Em geral, têm origem no descumprimento de normativos em consequência de atos involuntários ou omissões, mas que não comprometem o desempenho do programa ou da unidade examinada;

II - Impacto médio: situações decorrentes de deficiências nos procedimentos administrativos, falhas operacionais ou fragilidades nos controles internos que podem comprometer o desempenho de programas, ações ou unidades administrativas, sendo decorrentes de atos ou omissões em desacordo com normativos aplicáveis ou insuficiência de informações gerenciais para adequada tomada de decisões, sem, contudo, configurarem grave prejuízo ao Instituto ou infração de natureza dolosa;

III - Impacto alto: situações que resultam em impactos significativos no desempenho institucional ou nos objetivos dos programas examinados, caracterizando infrações graves à legislação aplicável ou aos princípios que regem o IGESDF. Devem ser objeto de Matriz de Responsabilização e compreendem, pelo menos, uma das seguintes situações, suportadas por evidências:

a) desfalque, desvio ou apropriação indevida de dinheiros, bens ou valores;

b) atos e fatos ilegais ou irregulares intencionalmente praticados por colaboradores, inclusive em conluio com particulares, na gestão ou aplicação de recursos do Instituto, visando à obtenção indevida, direta ou indireta, de dinheiro, bens ou serviços; à redução ou supressão irregular de obrigações financeiras; ou à obtenção de vantagens pessoais ou comerciais;

c) comprometimento, restrição ou frustração ao caráter competitivo dos procedimentos de compras e contratações, bem como a utilização de instrumentos jurídicos previstos em normativos específicos cuja lógica, requisitos e características não são compatíveis com os previstos no Regulamento Próprio de Compras e Contratações do IGESDF, com o objetivo de realizar contratações e aquisições, configurando fuga ao processo regular de compras e contratações;

d) restabelecimento de equilíbrio econômico-financeiro em contratos firmados pelo IGESDF em desconformidade com os requisitos previstos no Regulamento Próprio de Compras e Contratações;

e) participação, direta ou indireta, de colaborador do IGESDF em processos de contratação ou na execução contratual, na condição simultânea de empregado do contratante (IGESDF) e sócio, acionista, prestador de serviço ou parente, até terceiro grau, do contratado, devendo ser observadas as situações que possam configurar conflito de interesses durante o exercício do cargo ou função, ou após seu desligamento;

f) execução de despesa sem cobertura contratual, se constatado dolo.

§ 1º No caso de prejuízo abaixo do valor estabelecido no art. 18 da Resolução CA/IGESDF nº 03/2022 (Regulamento de Procedimento Disciplinar do IGESDF), essa falha será classificada como de impacto médio, sem prejuízo da recomendação para adoção de medidas de regularização e/ou ressarcimento do dano.

§ 2º Nos casos omissos, os auditores deverão apresentar justificativas para a classificação da falha identificada como de impacto alto, para análise do Coordenador, condicionada à aprovação do Controlador Interno.

Art. 16. O Relatório Preliminar deverá ser encaminhado às unidades pertinentes por meio de processo específico, classificado como restrito, utilizando-se exclusivamente o Sistema Eletrônico de Informações – SEI.

§ 1º Por ser considerado documento preparatório, o Relatório Preliminar não deve ser divulgado e nem disponibilizado para partes externas à unidade auditada, ainda que tenham sido citadas no documento, salvo decisão judicial, do Tribunal de Contas do Distrito Federal, requisição do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, ou solicitação do Governador do Distrito Federal.

§ 2º Para as inspeções, devem constar no Relatório Preliminar, de forma analítica, todas as falhas identificadas.

§ 3º Para as auditorias de conformidade, devem constar no Relatório Preliminar respostas a todas as questões de auditoria, com suas respectivas justificativas e, de forma analítica, todas as constatações referentes às falhas identificadas, além de informações sobre normalidades, aspectos positivos e boas práticas da gestão.

§ 4º Para as auditorias de desempenho e de riscos, devem constar no Relatório Preliminar respostas a todas as questões de auditoria, com suas respectivas justificativas e, de forma analítica, todas as constatações e informações utilizadas para subsidiar as respostas.

§ 5º De acordo com a quantidade e complexidade das constatações, será concedido prazo entre 10 a 30 dias corridos para que as unidades interessadas se manifestem em relação ao conteúdo do Relatório Preliminar.

§ 6º Quando as respostas às questões de auditoria não indicarem deficiências nos controles, desempenho abaixo do esperado ou não forem identificadas falhas na gestão, não é necessária a emissão de Relatório Preliminar, devendo, todavia, ser elaborado relatório simplificado para fins de registro.

Art. 17. A manifestação de que trata o § 5º do art. 16 deverá ser analisada pela equipe de auditoria e considerada na emissão do Relatório Final da ação de controle, podendo ser causa para retirada de constatação ou adequação de recomendações.

§ 1º Quando houver, por parte da Unidade, o atendimento de recomendação constante de Relatório Preliminar, no mesmo exercício de ocorrência da causa, e a ação adotada tiver sido tempestiva no sentido de reparar danos e evitar impactos negativos na gestão, o ponto deixará de constar do Relatório Final da ação de controle, sem prejuízo de contabilização do benefício alcançado.

§ 2º Caso a manifestação do gestor acrescente informação relevante, devidamente fundamentada, à formação de opinião do auditor e que não se enquadre no disposto no § 1º deste artigo, poderá ser realizada a adequação ou retirada de recomendações e de constatações de auditoria.

Art. 18. O Relatório Final somente poderá ser emitido após transcorrido o prazo concedido para manifestação da unidade em relação ao Relatório Preliminar.

§ 1º O Relatório Final deverá ser encaminhado, por meio de processo restrito no SEI, à Controladoria Interna, que, após sua aprovação, o enviará ao Conselho de Administração do IGESDF e à Diretoria Presidencial, para ciência e posterior encaminhamento às unidades interessadas, bem como à publicação no site institucional, em conformidade com a Lei de Acesso à Informação.

§ 2º Para as **inspeções**, devem constar no Relatório Final, de forma analítica, as falhas classificadas como de impactos médio e alto, de acordo com as definições no art. 15.

§ 3º Para as **auditorias de conformidade**, devem constar no Relatório Final as respostas a todas as questões de auditoria, com suas respectivas justificativas e, de forma analítica, as constatações referentes às falhas classificadas como de impactos médio e alto, de acordo com as definições no art. 15, além de informações sobre normalidades, aspectos positivos e boas práticas da gestão.

§ 4º Para **auditorias de desempenho e de governança**, devem constar no Relatório Final as respostas a todas as questões de auditoria, com suas respectivas justificativas e, de forma analítica, todas as constatações e informações utilizadas para subsidiar as respostas.

Art. 19. O gestor da unidade auditada poderá, sob sua responsabilidade, optar por não acatar as recomendações constantes do Relatório Final de Auditoria, assumindo, assim, os riscos decorrentes da não adoção de medidas saneadoras.

Parágrafo único. A decisão de não atendimento às recomendações deverá ser formalmente justificada nos autos do processo correspondente, para fins de controle e conhecimento às instâncias superiores.

Subseção III

Monitoramento das Recomendações

Art. 20. A fase de monitoramento consiste na verificação do atendimento das **recomendações** constantes dos Relatórios Finais de auditoria ou inspeção.

§ 1º. A fase de monitoramento deve ser iniciada após a publicação do relatório final.

§ 2º Durante a fase de monitoramento, a unidade monitorada disporá do prazo de 10 (dez) dias corridos para

apresentar resposta a cada novo questionamento encaminhado.

§ 3º As **orientações** constantes de relatórios de auditoria ou inspeção não serão monitoradas.

Art. 21. A unidade monitorada deverá elaborar um Plano de Ação, que consiste em um conjunto de medidas formuladas pela unidade auditada, em articulação com a Coordenação de Auditoria, com o objetivo de tratar riscos significativos, solucionar problemas identificados durante os trabalhos de auditoria ou abordar situações que demandem múltiplas ações corretivas.

Parágrafo único. O Plano de Ação deve estar relacionado às recomendações emitidas, ser viável, específico e monitorável.

Art. 22. O Plano de Ação deve trazer as seguintes informações:

I - objetivo geral que se pretende alcançar por meio das ações;

II - ações que serão realizadas;

III - cronograma para desenvolvimento das ações, com estabelecimento de prazo razoável para a implementação das medidas a serem adotadas; e

IV – unidade responsável pela execução de cada ação.

Art. 23. O formulário do Plano de Ação a ser utilizado no âmbito do IGESDF, está descrito no Anexo I desta Resolução.

Art. 24. A classificação quanto ao atendimento das recomendações obedecerá aos seguintes critérios:

I - atendida: recomendação totalmente implementada, com comprovação por meio de evidências;

II - adoção de solução alternativa: saneamento da falha objeto da recomendação por meio de outras ações que não a recomendada;

III - atendida parcialmente: parte da recomendação implementada, com algum benefício gerado, e as informações prestadas pela unidade não indiquem a execução de ações complementares;

IV - em atendimento: recomendação em processo de atendimento, com comprovação de alguma ação iniciada pela Unidade;

V - a ser implementada: unidade informou que pretende implementar, mas ainda não iniciou as ações;

VI - não atendida: unidade não implementou a recomendação conforme proposto pela equipe de auditoria e essa classificação deverá ser seguida de subclassificação de acordo com a justificativa apresentada pela unidade, mediante uma das seguintes opções:

a) não resolverá a falha;

b) não é possível implementar;

c) não concorda que exista problema a ser corrigido;

d) decurso de prazo para atendimento;

e) outros.

VII - não respondida;

VIII - não aplicável: a recomendação perdeu o objeto ou, comprovadamente, não é possível ser implementada, não contribui para a resolução da falha a que se refere, ou, ainda, foi direcionada para unidade que não é responsável por sua implementação.

§ 1º As classificações referentes aos incisos I, II, III e IV deverão ser, necessariamente, apoiadas em evidências que comprovem a situação em relação ao atendimento.

§ 2º As recomendações classificadas de acordo os incisos IV, V e VII serão monitoradas para atualizações por um período de até 12 (doze) meses, contados a partir do envio do relatório da ação de controle à unidade.

§ 3º Caso existam recomendações em vias de atendimento ou plano de ação com prazos que extrapolem o prazo estabelecido no § 2º, o Coordenador de Auditoria poderá optar por aguardar, no máximo, por até mais 12 meses para atualizar a situação dessas recomendações e emitir o relatório de monitoramento.

§ 4º Ao final do período definido no § 2º c/c § 3º, caso a unidade não comprove o atendimento, as recomendações classificadas de acordo com os incisos IV, V, VII e VIII deverão ser reclassificadas como "não atendidas", com a subclassificação de "decurso de prazo para atendimento".

Art. 25. Será elaborado o Relatório Final de Monitoramento quando todas as recomendações estiverem classificadas conforme previsto nos incisos I, II, III, VI e VIII do art. 24.

Parágrafo único. O Relatório Final de Monitoramento será enviado para a Unidade objeto do monitoramento, à Controladoria Interna, ao Conselho de Administração do IGESDF e à Diretoria da Presidência, a fim de dar o retorno do resultado do monitoramento.

Art. 26. No período compreendido entre a emissão do Relatório de Monitoramento e a emissão do Relatório Final de Monitoramento, a classificação quanto ao atendimento das recomendações deverá ser atualizada no SEI ou em sistema próprio, de acordo com as informações encaminhadas pelas unidades, sem que seja necessária a emissão de relatórios a cada atualização.

Seção III

Consultorias

Art. 27. São objetos de consultoria o apoio à implantação, revisão e ampliação da gestão de riscos e dos programas de integridade, sem prejuízo à inclusão de serviços consultivos em outros instrumentos de governança ou ferramentas de controle.

Art. 28. A abertura de trabalhos de Consultoria depende de solicitação formal da unidade, contendo a especificação do tipo de serviço consultivo que pretende receber, exceto consultoria financeira e orçamentária.

§ 1º A solicitação deverá ser encaminhada à Controladoria Interna do IGESDF.

§ 2º O envio da solicitação não vincula a Coordenação de Auditoria a ofertar a Consultoria, pois a análise quanto ao atendimento do pleito deverá considerar o previsto no PAINT e a disponibilidade de equipe técnica para realização do trabalho, bem como outras demandas concorrentes.

Art. 29. A Controladoria Interna poderá propor a realização de consultorias a unidades que não tenham solicitado o serviço.

Art. 30. Em caso de pedido de interrupção da consultoria por parte da unidade solicitante, deverá ser elaborada Nota Técnica considerando as atividades realizadas pela equipe até o momento.

Art. 31. A comunicação dos resultados das consultorias ocorrerá por meio da emissão de Nota Técnica, que deverá ser aprovada e encaminhada pela Controladoria Interna somente à Unidade cliente da consultoria.

Seção IV

Levantamento

Art. 32. O levantamento é uma ação de controle de natureza diagnóstica, com abordagem exploratória e escopo amplo ou restrito, destinada à coleta e à sistematização de informações preliminares sobre funcionamento de setores, programas, projetos, atividades ou processos de trabalho.

Art. 33. O levantamento tem por finalidades:

I – conhecer a estrutura, a organização e o funcionamento das unidades, programas, projetos, atividades ou processos de trabalho do IGESDF;

II – identificar objetos, temas e instrumentos de controle passíveis de atuação pela Coordenação de Auditoria;

III – subsidiar o planejamento, a definição do escopo e a priorização de auditorias ou inspeções futuras;

IV – avaliar a viabilidade, a oportunidade e os riscos associados à realização de ações de controle, contribuindo para a alocação eficiente dos trabalhos da Auditoria Interna.

Art. 34. O levantamento poderá ter escopo amplo ou restrito, conforme os objetivos estabelecidos para a ação de controle, o nível de conhecimento prévio sobre o objeto e a disponibilidade de recursos, observados critérios de risco, materialidade e relevância.

Art. 35. São procedimentos usuais em ações de levantamento, dentre outros considerados pertinentes:

I – análise de documentos e tratamento de dados;

II – entrevistas com gestores, técnicos e outros atores relevantes;

III – visitas técnicas e observações in loco;

IV – aplicação de técnicas de diagnóstico, tais como análise SWOT, mapeamento de processos, identificação de riscos, análise de stakeholders ou outras metodologias compatíveis com a natureza exploratória da ação.

Art. 36. O levantamento não tem como escopo imediato a proposição de recomendações ou responsabilizações, salvo em situações excepcionais, caracterizadas por irregularidades graves ou que demandem ação corretiva imediata, devidamente justificadas pela equipe da ação de controle.

Art. 37. A depender dos resultados obtidos, o levantamento poderá ensejar:

I – o encerramento da ação de controle, quando atingidos os objetivos inicialmente estabelecidos;

II – a proposição de auditoria ou inspeção específica, com definição do escopo e apresentação de justificativa técnica;

III – o encaminhamento formal dos resultados a instâncias superiores, quando identificadas situações relevantes que extrapolem o objetivo inicial da ação.

Art. 38. O produto do levantamento será formalizado em Nota Informativa contendo, conforme o caso:

I – descrição do objeto analisado e dos procedimentos realizados;

II – consolidação das informações obtidas;

III – análise crítica dos aspectos relevantes identificados;

IV – sugestões de encaminhamento, quando aplicável, fundamentadas em critérios de risco, materialidade e relevância.

Seção V

Matriz de Responsabilização

Art. 39. A Matriz de Responsabilização será elaborada com base nas auditorias de conformidade e nas inspeções cujas constatações forem classificadas com Impacto Alto, nos termos do inciso III do art. 15, tendo como objetivo relacionar as falhas identificadas aos respectivos responsáveis, estabelecendo o nexo entre as condutas praticadas e os impactos decorrentes.

Parágrafo único. A Matriz de Responsabilização será elaborada em processo SEI sigiloso.

Art. 40. A Matriz de Responsabilização deverá conter os seguintes elementos:

I – achado: Descrição do evento irregular;

II – agente: Pessoa vinculada à irregularidade;

III – data/período da ocorrência do fato: Dia ou período do fato ocorrido;

IV – período de exercício no cargo: Período que o agente ocupou o cargo/função;

V – conduta: Manifestação da vontade humana e na liberdade de escolha do agente, por ação ou omissão, culposa ou dolosa;

VI – nexo de causalidade: Vínculo que liga o agente ao fato/conduta;

VII – elementos de informação: Descrição e localização de informações (indícios/evidências), indicação de fontes de provas e meios de consultas possíveis;

VIII – tipificação: Tipologia da conduta praticada.

Art. 41. Após a elaboração da Matriz de Responsabilização, o processo SEI correspondente será encaminhado à Controladoria Interna que, após sua aprovação, remeterá os autos à Coordenação de Corregedoria do IGESDF, para adoção das providências de sua competência.

Parágrafo único. Os processos SEI referentes às auditorias de conformidade e inspeções que deram origem à elaboração da Matriz de Responsabilização deverão estar devidamente relacionados ao processo SEI sigiloso correspondente à Matriz.

CAPÍTULO III

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 42. A Coordenação de Auditoria poderá emitir Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, aprovados pela Controladoria Interna, para detalhar a sequência de atividades e procedimentos relativos às suas ações de controle, disposta nesta Resolução.

Art. 43. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação no Sistema de Informação de Gestão Documental do IGESDF.

ANEXO I

Modelo Plano de Ação

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
CONTROLADORIA INTERNA
COORDENAÇÃO DE AUDITORIA

PLANO DE AÇÃO

RECOMENDAÇÕES (recomendações descritas no Relatório Final de Auditoria)	AÇÕES (medidas a serem adotadas para cumprimento das recomendações)	CLASSIFICAÇÃO (imediata; curto, médio e longo prazo)	DATA (previsão para a implementação)	UNIDADE/SETOR (responsável pela implementação)
Proposição a ser acompanhada pelo plano de ação				

*classificação: **imediata**: até 30 dias - **curto prazo**: até 60 dias - **médio prazo**: até 90 dias – **longo prazo**: até 180 dias.

Juracy Cavalcante Lacerda Junior
Presidente do Conselho de Administração
Conselho de Administração

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal
(+55) 61 3550-8900 - 8835

Documento assinado eletronicamente por **JURACY CAVALCANTE LACERDA JUNIOR - Matr.1723901-X**, **Presidente do Conselho de Administração**, em 16/06/2026, às 18:00, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site: http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 verificador= **203698621** código CRC= **F69A8739**.