Boletim de Serviço Eletrônico em 19/10/2022
DOU de 19/10/2022, seção 1, página 265

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

RESOLUÇÃO CEGOV/INSS Nº 23, DE 17 DE OUTUBRO DE 2022

Aprova a Metodologia de Conformidade no INSS.

O **COMITÊ ESTRATÉGICO DE GOVERNANÇA DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo art. 5º da Portaria nº 3.213/PRES/INSS, de 10 de dezembro de 2019, e considerando o constante do Processo Administrativo nº 35014.425082/2022-41,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar, nos termos do Anexo, a Metodologia a ser aplicada na análise da conformidade no INSS, com a finalidade de prevenir, detectar, corrigir e reportar as não conformidades identificadas, baseada em técnicas e ferramentas específicas, sem prejuízo da utilização de outras normas complementares.

Parágrafo único. A Metodologia de que trata o **caput** integra o Programa de Conformidade do INSS.

Art. 2º Os Anexos serão publicados no Boletim de Serviço Eletrônico e divulgados no Portal do Instituto.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor em 1º de novembro de 2022.

GUILHERME GASTALDELLO PINHEIRO SERRANO
Presidente

EDSON AKIO YAMADA
Diretor de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão

LARISSA ANDRADE MORA
Diretora de Orçamento, Finanças e Logística

JOBSON DE PAIVA SILVEIRA SALES
Diretor de Gestão de Pessoas

ALEXANDRE GUIMARÃES
Diretor de Governança, Planejamento e Inovação

JOÃO RODRIGUES DA SILVA FILHO
Diretor de Tecnologia da Informação

Documento assinado eletronicamente por **GUILHERME GASTALDELLO PINHEIRO SERRANO**, **Presidente**, em 17/10/2022, às 15:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **JOBSON DE PAIVA SILVEIRA SALES**, **Diretor(a) de Gestão de Pessoas**, em 17/10/2022, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **ALEXANDRE GUIMARAES**, **Diretor(a) de Governança, Planejamento e Inovação**, em 17/10/2022, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **LARISSA ANDRADE MORA**, **Diretor(a) de Orçamento, Finanças e Logística**, em 17/10/2022, às 15:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **EDSON AKIO YAMADA**, **Diretor(a) de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão**, em 17/10/2022, às 16:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **JOAO RODRIGUES DA SILVA FILHO**, **Diretor(a) de Tecnologia da Informação**, em 18/10/2022, às 10:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

ANEXO I

RESOLUÇÃO CEGOV/INSS Nº 23, DE 17 DE OUTUBRO DE 2022

METODOLOGIA DE CONFORMIDADE NO INSS

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Conformidade diz respeito ao atendimento pleno das obrigações decorrentes de leis, normas internas e externas aplicáveis à entidade, políticas e diretrizes relacionadas a diferentes esferas. Todavia, não se limita apenas ao cumprimento de leis e obrigações legais, pois a legalidade como princípio constitucional já é condição essencial de toda a ação do Estado. Além desse aspecto, também deve ser vista como o atendimento àqueles relacionados à governança, conduta, transparência e temas como ética e integridade.

1.2. Origina-se do termo comumente usado em inglês **Compliance** que, já amplamente difundido no exterior, ganhou maior visibilidade no Brasil com a publicação da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013 - Lei Anticorrupção, regulamentada pelo Decreto nº 8.420, de 18 de março de 2015, que trouxe em seu bojo parâmetros para construção de um Programa de integridade.

1.3. Embora o objetivo inicial deste programa de integridade estivesse voltado precipuamente à adoção de medidas e ações institucionais destinadas à prevenção, detecção e correção de atos de corrupção, desvios, fraudes, irregularidades e outros atos ilícitos contra a administração pública, não se pode negar que os dispositivos legais trouxeram importante inovação no que diz respeito aos critérios para a construção de um **Compliance** efetivo, contribuindo para ampliar a discussão a respeito de toda uma cultura de conformidade que deveria ser institucionalizada também na máquina pública.

1.4. Nesse viés, a Controladoria-Geral da União - CGU por meio da Instrução Normativa Conjunta MP/CGU nº 1, de 10 de maio de 2016, trouxe o termo **Compliance** ao Poder Executivo Federal e posteriormente pela Portaria CGU nº 57, de 4 de janeiro de 2019, que alterou a Portaria CGU nº 1.089, de 25 de abril de 2018, determinou que os órgãos e as entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional também instituíssem Programas de Integridade que demonstrassem o comprometimento da Alta Administração e que fossem compatíveis com a natureza, porte, complexidade, estrutura e área de atuação de cada entidade.

1.5. Portanto, o estabelecimento de um plano de integridade pode ser entendido como parte essencial de um Sistema de **Compliance**. Todavia, dada a amplitude e complexidade deste último, que ultrapassa as questões mais diretamente relacionadas àquelas medidas anticorrupção, já que se inter-relaciona com outros inúmeros aspectos a que está sujeita a Administração Pública, resta clara a necessidade de se estabelecer uma estrutura múltipla para sua formatação, que contenha os elementos que servirão de pilar para sua execução.

1.6. Enquanto alguns processos já possuem metodologia própria e vasta literatura, não se tem conhecimento de uma metodologia específica a ser aplicada para a Gestão do **Compliance** no âmbito da Administração Pública, embora haja uma relação simbiótica com as diretrizes da governança pública preconizada pelo Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, que coadunam com os pilares da conformidade.

1.7. Por inexistir um padrão de **Compliance** a ser aplicado no setor público, "*com fórmula claramente estabelecida que descreva, com precisão, todos os elementos necessários para conferir suficiente robustez ao programa*" (BERGAMINI, 2021), realizou-se inúmeras pesquisas buscando desvendar como se daria uma estrutura de conformidade que atendesse ao interesse público e fosse passível de ser aplicada na administração pública. Nessa busca, muito se encontrou a respeito de empresas privadas que prestam diversos tipos de consultoria e serviços setorizados na área de **Compliance**, porém pouco se viu a respeito de metodologia a ser aplicada no setor público.

1.8. Diante dessa lacuna, procurou-se, com base em todas as pesquisas realizadas acerca da gestão do **Compliance**, conforme os referenciais legais e teóricos elencados neste documento, desenvolver metodologia própria para o INSS, adotando-se principalmente os conceitos definidos na ISO 37301:2021, que aborda o Sistema de Gestão de **Compliance**, com requisitos para certificação, aliado às orientações já regulamentadas pela CGU a respeito dos programas de integridade, além das instruções do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa – IBGC.

1.9. Este documento, portanto, tem por objetivo apresentar a Metodologia de Conformidade que será aplicada no INSS, com técnicas e ferramentas específicas, preceituando sua aplicabilidade para todas as unidades da Instituição, sem prejuízo da utilização de outras normas complementares específicas, relativas aos processos de trabalho e projetos de cada unidade ou serviços providos pelo INSS.

2. METODOLOGIA DE CONFORMIDADE

2.1. A Metodologia apresentada é baseada nas finalidades da conformidade e nos pilares a serem construídos e mantidos para a eficácia de um programa de conformidade, e a seguir serão apresentados os critérios a serem considerados e como podem ser aplicados.

3. FINALIDADES DA CONFORMIDADE

3.1. O IBGC define que o Sistema de Conformidade é composto por um conjunto de elementos que atendem a três finalidades básicas:

I - prevenir;
II - detectar; e
III - responder.

Figura 1. Finalidades da Conformidade

4. PILARES DA CONFORMIDADE

4.1. Dentre esses elementos estabeleceu-se aqueles que podem ser definidos como os pilares do **compliance**:

I - suporte da alta administração;
II - políticas e procedimentos;
III - avaliação e análise de riscos;
IV - due diligence;
V - comunicação e treinamento;
VI - monitoramento e controle;
VII - canal de denúncias;
VIII - ação de remediação; e
IX - reporte.

Figura 2. Pilares da Conformidade

4.2. Assim determinados, a gestão da conformidade deverá perpassar todos esses elementos, conforme fluxo apresentado no Anexo II da Resolução CEGOV/INSS nº 23, de 17 de outubro de 2022, a fim de garantir a integridade da instituição no alcance dos seus objetivos estratégicos e nas atividades que visam a continuidade de sua missão.

5. SUPORTE DA ALTA ADMINISTRAÇÃO

5.1. Imprescindível destacar que o suporte da alta administração é base fundamental para a consolidação e êxito de todo Sistema de Conformidade, pois o tom deve vir do topo e é ela quem deve conduzir toda a instituição pelo caminho correto.

5.2. Disseminar uma cultura de conformidade é um desafio que deve ser considerado como parte dos objetivos da gestão, fazendo com que todos tomem consciência da necessidade de adequar-se às normas legais e comportamentais, principalmente a partir do exemplo de sua liderança.

6. PREVENIR

6.1. A prevenção refere-se a medidas que devem ser tomadas com vistas a evitar a ocorrência de uma não conformidade, através do mapeamento de riscos pelo qual será possível identificar possíveis ameaças e seus impactos, investigações prévias, formalização de políticas e procedimentos internos e sua difusão através de treinamentos e comunicação.

6.2. Políticas e Procedimentos

6.2.1. Na expectativa de disseminar uma cultura de integridade, algumas medidas tornam-se imprescindíveis para que seja possível implementar de forma efetiva uma política de conformidade. Nesse aspecto, a formalização de políticas e procedimentos claros é importante pilar na prevenção de desvios de origem legal ou comportamental.

6.2.2. É altamente recomendado que sejam adotadas as seguintes medidas:

I - gestão de normas: considerando a grande quantidade de normativos existentes, é fundamental verificar se existe levantamento de todas as normas ainda vigentes aplicáveis às áreas, por assunto, garantindo a atualização e divulgação ampla e célere de novos atos que venham a ser publicados, se o mecanismo de pesquisa de legislação disponibilizado aos servidores é eficiente, objetivando que todos os documentos sejam revisados, acessíveis e cumpridos;

II - manual de conduta: uma das providências iniciais a ser adotada é a indicação formal do comportamento e conduta esperados de todos os que integram a Instituição, por meio da confecção de Manuais e outras instruções voltadas à integridade, indicando por meio desses documentos quais são as atitudes que contribuem para a construção de um ambiente íntegro e probo e como agir diligentemente de modo a prevenir a ocorrência de irregularidades, de forma a garantir a lisura na prestação do serviço público; e

III - mapeamento de processos: ter mapeados os processos de trabalho, de forma clara e em linguagem de fácil compreensão, buscando identificar quem são os tomadores de decisão, suas alçadas e controles associados e possibilitando atualização frequente para capturar mudanças regulatórias e tratar riscos relevantes, podendo seguir as seguintes etapas:

a) escolher os processos a serem mapeados;

b) escolher o tipo de mapeamento que será utilizado;

c) discriminar todas as atividades e seus responsáveis; e

d) verificar e otimizar todo o processo.

Figura 3. Etapas para Mapeamento de Processos

6.2.3. Dentre as várias ferramentas de mapeamento de processos existentes, destacamos as que melhor podem se adequar ao serviço público:

I - fluxograma: é uma ferramenta de representação gráfica onde as etapas do processo são dispostas de forma sequencial. De acordo com Barnes (2004), o fluxograma de processo é utilizado para se desenhar um processo de maneira simplificada, por meio de alguns símbolos padronizados;

	Indica o inicio ou fim do processo
	Indica cada atividade que precisa ser executada
	Indica um ponto de tomada de decisão
	Indica a direção do fluxo
	Indica os documentos utilizados no processo
	Indica uma espera
	Indica que o fluxograma continua a partir desse ponto em outro círculo, com a mesma letra ou número, que aparece em seu interior

Figura 4. Elementos de fluxograma (Fonte: https://doutorgestao.com.br/)

II - ciclo BPM: o ciclo BPM são as etapas contínuas recomendadas para um projeto de modelagem e remodelagem de processos, composta por: planejamento, análise, modelagem, implantação, monitoramento e melhorias. Dentro da etapa de modelagem, a Business Process Modeling Notation (BPMN) é uma notação gráfica padrão que permite representar, de forma padronizada, todos os processos de negócio de uma organização;

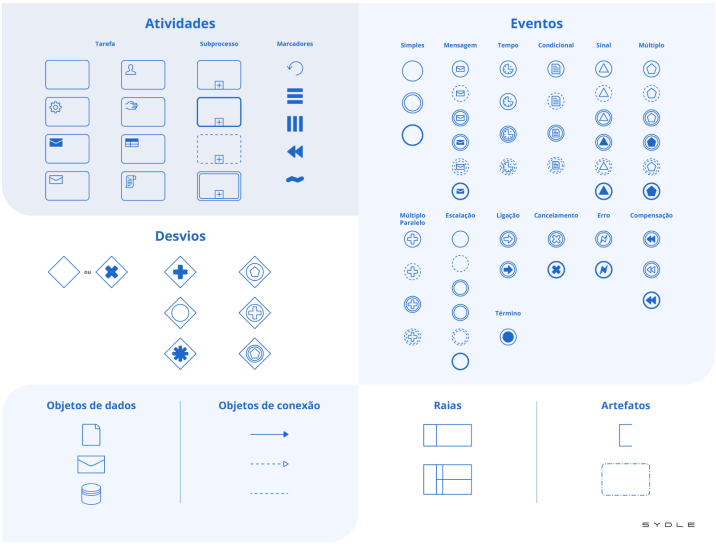
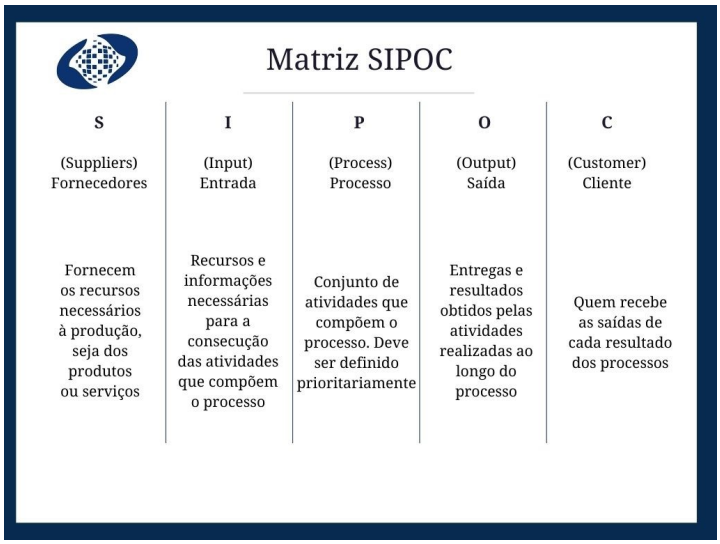


Figura 5. Elementos da notação BPMN (Fonte: https://www.sydle.com/br/blog/notacao-bpmn)

III - matriz SIPOC: A Matriz SIPOC é uma ferramenta para obter uma visão macro do processo que está sendo mapeado, para que todas as pessoas envolvidas visualizem o processo da mesma forma. A palavra SIPOC é um acrônimo formado pelas palavras "**Supplier**" (fornecedor), "**Input**" (entradas), "**Process**" (processo), "**Output**" (saídas) e "**Customer**" (cliente), ou seja, definir de onde vem, o que vem, o que será feito, o que será entregue e a quem se destina.



Matriz SIPOC

S	I	P	O	C
(Suppliers) Fornecedores	(Input) Entrada	(Process) Processo	(Output) Saída	(Customer) Cliente
Fornecem os recursos necessários à produção, seja dos produtos ou serviços	Recursos e informações necessárias para a consecução das atividades que compõem o processo	Conjunto de atividades que compõem o processo. Deve ser definido prioritariamente	Entregas e resultados obtidos pelas atividades realizadas ao longo do processo	Quem recebe as saídas de cada resultado dos processos

Figura 6. Matriz SIPOC

6.3. Análise e Avaliação de Riscos

6.3.1. Processo que estima o nível do risco, considerando a probabilidade e o impacto, e que compara o nível com critérios, a fim de determinar se o risco exige tratamento e outras providências, como o escalamento às instâncias decisórias superiores. (Fonte: Resolução nº 5/CEGOV/INSS, de 2020).

6.3.2. Haja vista a existência de documento publicado referente à metodologia de gerenciamento de riscos, por meio da Resolução CEGOV/INSS nº 20, de 20 de maio de 2022, esta deverá ser aplicada no mapeamento de riscos de conformidade, considerando principalmente os seguintes aspectos:

I - estabelecer contexto que consiste em compreender o ambiente externo e interno no qual o objeto da gestão encontra-se inserido e em identificar parâmetros e critérios a serem considerados no processo de gestão de riscos (Resolução nº 5/CEGOV/INSS, de 2020). A ferramenta indicada para relacionar estes fatores é a Matriz SWOT, que se baseia em uma matriz com quatro quadrantes, dos quais, lista-se em cada quadrante os pontos identificados conforme a classificação Ambiente Interno, em Pontos Fortes e Pontos Fracos e Ambiente Externo, em Ameaças e Oportunidades; e

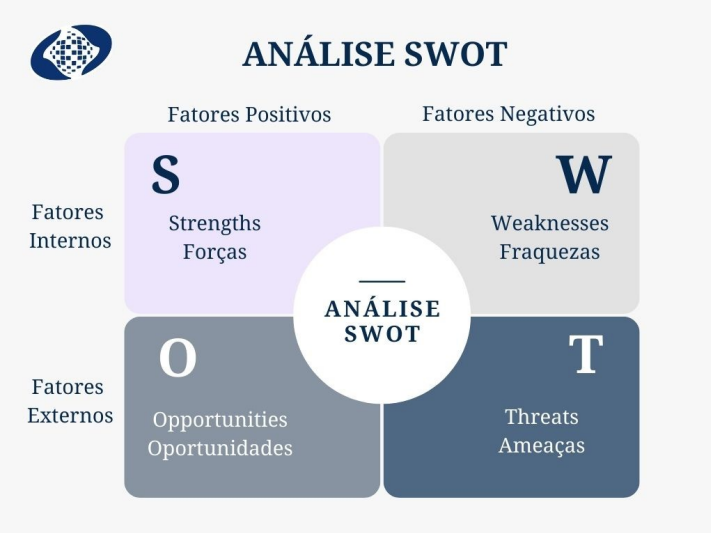


Figura 7. Matriz SWOT

II - realizar processo de identificação de riscos de forma contínua e ampla, conhecendo e gerenciando os riscos de cada área, podendo ser utilizada a Matriz de Riscos ou Matriz de Probabilidade e Impacto, composta por escalas de probabilidade e impacto com os correspondentes níveis de risco, que é uma ferramenta de gerenciamento e priorização de riscos que permite de forma visual identificar quais são os riscos que devem receber mais atenção de acordo com seu nível.

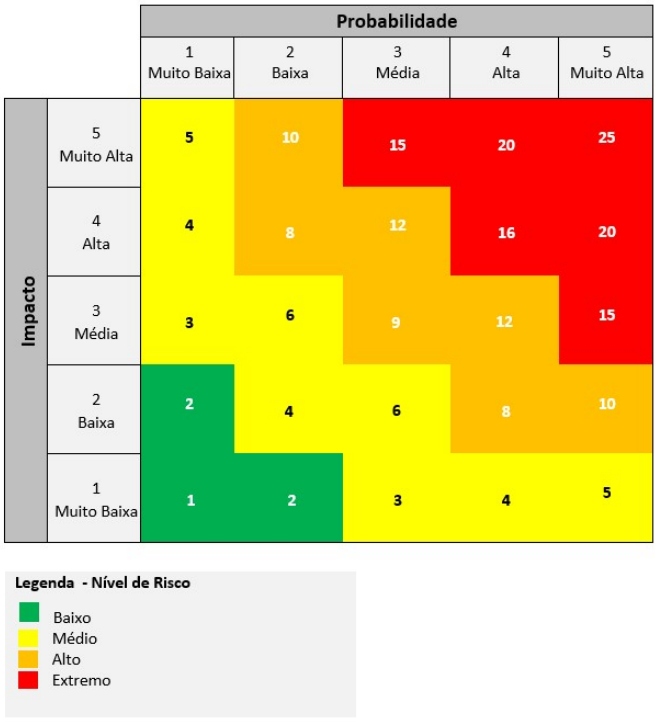


Figura 8. Matriz de Riscos (Fonte: https://estrategia.trt10.jus.br/comite-de-gestao-de-riscos/)

6.4. Due Diligence

6.4.1. A Due Diligence é um procedimento utilizado para avaliar a integridade da pessoa jurídica ou física que virá a se relacionar com a organização de forma a tentar mitigar os possíveis riscos que estas podem oferecer. Traduzindo livremente, significa uma diligência prévia realizada sob diversos aspectos, auxiliando na tomada de decisões em relação a possíveis projetos, atividades, transações, parceiros de negócios e pessoal específico.

6.4.2. Na administração pública, as contratações são reguladas por Lei e deverão submeter-se a práticas contínuas e permanentes de gestão de riscos e de controle preventivo, inclusive mediante adoção de recursos de tecnologia da informação, e, além de estar subordinadas ao controle social, sujeitar-se-ão às seguintes linhas de defesa (art. 169 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021):

I - primeira linha de defesa, integrada por servidores e empregados públicos, agentes de licitação e autoridades que atuam na estrutura de governança do órgão ou entidade;

II - segunda linha de defesa, integrada pelas unidades de assessoramento jurídico e de controle interno do próprio órgão ou entidade; e

III - terceira linha de defesa, integrada pelo órgão central de controle interno da Administração e pelo tribunal de contas.

6.4.3. A Lei de licitações e contratos (Lei nº 14.133, de 2021) ainda dispõe no parágrafo único do art.11:

Parágrafo único. A alta administração do órgão ou entidade é responsável pela governança das contratações e deve implementar processos e estruturas, inclusive de gestão de riscos e controles internos, para avaliar, direcionar e monitorar os processos licitatórios e os respectivos contratos, com o intuito de alcançar os objetivos estabelecidos no caput deste artigo, promover um ambiente íntegro e confiável, assegurar o alinhamento das contratações ao planejamento estratégico e às leis orçamentárias e promover eficiência, efetividade e eficácia em suas contratações.

6.4.4. Com esse propósito, considerando que essa prática já é adotada por grandes empresas e tem alcançado resultados positivos, são apresentadas as seguintes recomendações para que seja avaliada sua aplicabilidade:

I - incluir cláusulas anticorrupção nos contratos;

II - avaliar o risco de conflito de interesse interno e externo;

III - verificar se a empresa é membro de alguma iniciativa nacional ou internacional de combate à corrupção;

IV - verificar se a empresa contratada possui código de conduta ética que descreva a conduta a ser observada pelos funcionários;

V - determinar as qualificações, experiência e recursos necessários para conduzir os negócios para os quais está sendo contratado;

VI - examinar listas disponíveis publicamente de organizações impedidas ou proibidas de contratar como o Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP); e

VII - realizar análise do Potencial de Integridade Resiliente (PIR) nos contratados (pessoa física).

6.4.5. O Potencial de Integridade Resiliente (PIR) é uma metodologia de teste de integridade que permite mapear tendências e padrões que podem gerar riscos de conflitos éticos com a cultura da instituição, como fraude, suborno e assédio.

6.5. Comunicação e Treinamento

6.5.1. Todas as medidas de conformidade somente se mostrarão efetivas se todos tiverem conhecimento das normas que regem suas atividades, dos padrões de conduta esperados e das ações que devem ser tomadas em casos de não conformidade.

6.5.2. O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - IBGC recomenda que haja treinamentos específicos para as atividades mais expostas a riscos de conformidade, e que a organização deve assegurar a participação de todos nos treinamentos, podendo, inclusive, torná-los obrigatórios em alguns casos.

6.5.3. Dessa forma, é imprescindível que se promova a disseminação desse conhecimento a todos os que atuam na instituição por meio de comunicação clara e treinamento regular.

6.5.4. Neste ponto, a parceria entre a Diretoria de Gestão de Pessoas e a Assessoria de Comunicação Social com a Diretoria de Governança Planejamento e Inovação e demais diretorias do Instituto é fundamental e pode fazer a diferença no processo de gestão da mudança, para assegurar que sejam implementados:

I - planos de treinamento periódicos a respeito dos aspectos teóricos e práticos das normas, procedimentos e orientações legais;

II - mecanismos de fomento à cultura de integridade através da conscientização e educação baseada nas políticas e diretrizes estabelecidas;

III - ações de comunicação que possibilitem difundir as iniciativas relacionadas à Conformidade;

IV - projetos de treinamento específico após a identificação da não conformidade; e

V - ações de comunicação que possibilitem esclarecer como proceder diante da detecção da não conformidade.

6.5.5. Ainda que comunicação e treinamento sejam essenciais na etapa de prevenção dos desvios de conformidade, é de suma importância que também sejam aplicadas ações pontuais de capacitação e aprimoramento como resposta às falhas identificadas, para evitar a reincidência do problema e ocorrência de novos incidentes de mesma natureza.

6.5.6. Assim, considerando a especificidade das atribuições, estas poderão ser visualizadas mais facilmente utilizando-se a Matriz de Responsabilidades RACI, para garantir a disseminação das informações.

6.5.7. Matriz RACI ou matriz de responsabilidades é uma ferramenta em forma de planilha que permite visualizar o nível de envolvimento de uma equipe em cada atividade, facilitando o gerenciamento e a consecução dos projetos e processos, assim organizada:

I - responsável: designado para trabalhar na atividade;

II - autoridade: aquele que toma as decisões;

III - consultado: quem deve ser consultado e participar da decisão da atividade quando for executada;

IV - informado: quem deve receber a informação de que a atividade foi executada.

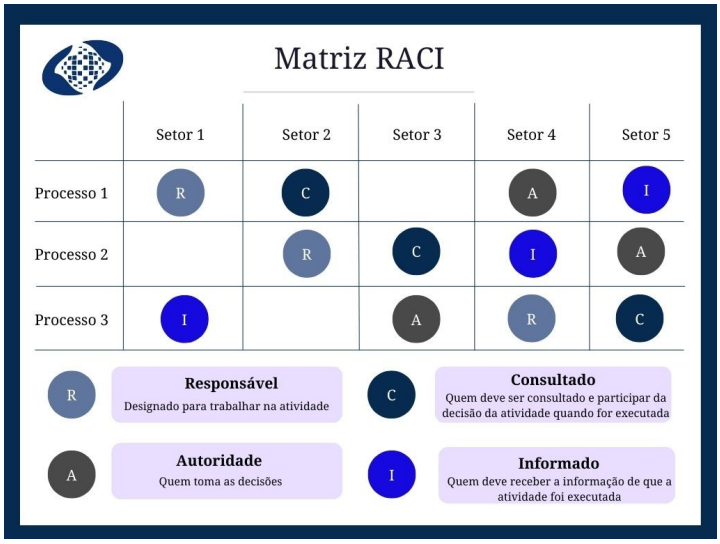


Figura 9. Matriz RACI

7. **DETECTAR**

7.1. Na fase da detecção se faz mister o monitoramento das ações e atividades, por meio de procedimentos específicos, que sejam capazes de identificar tempestivamente algum desvio de conformidade, que não foi possível ser evitado somente com as ações de prevenção.

7.2. Além das auditorias internas e dos órgãos de controle que já possuem seus métodos de trabalho, outras medidas podem ser adotadas internamente.

7.3. Monitoramento e Controle.

7.3.1. Segundo a COSO (**Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission**), “controle interno é um processo desenvolvido para proporcionar segurança razoável com respeito à realização dos objetivos relacionados a operações, divulgação de relatórios financeiros e conformidade com leis e regulamentações”.

7.3.2. Por sua vez, a Instrução Normativa Conjunta MP/CGU Nº 1, de 10 de maio 2016, em seu art. 11, define que o monitoramento contínuo é realizado nas operações normais e de natureza contínua da organização. Inclui a administração e as atividades de supervisão e outras ações que os servidores executam ao cumprir suas responsabilidades. Abrange cada um dos componentes da estrutura do controle interno, fortalecendo os controles internos da gestão contra ações irregulares, antiéticas, antieconômicas, ineficientes e ineficazes. Pode ser realizado pela própria Administração por intermédio de instâncias de conformidade, como comitês específicos, que atuam como segunda linha (ou camada) de defesa da organização.

7.3.3. Dessa forma, o monitoramento contínuo busca assegurar a conformidade das atividades, através da identificação de distorções e permitindo sua correção antes que venham a se tornar desvios de grande impacto.

7.3.4. Este monitoramento pode ser feito mediante a coleta e análise de informações de diversas fontes, tais como:

I - supervisão realizada pelos gestores;

II - entrevistas ou aplicação de questionários a servidores e colaboradores;

III - observação de tendências nas reclamações recebidas da sociedade;

IV - implementação de mecanismos de controle social;

V - mapeamento das violações de integridade; e

VI - devida consideração das informações obtidas nos canais de denúncia.

7.3.5. Além disso, algumas medidas são recomendadas:

I - avaliar a qualidade da gestão de risco e dos controles internos ao longo do tempo, buscando assegurar que estes funcionam como previsto, podendo-se valer para este fim dos indicadores-chave de risco (KRIs - **Key Risk Indicators**), os indicadores-chave de risco são previsões ou estimativas críticas de eventos que podem trazer adversidades para a organização e oferecem uma boa indicação a respeito das fraquezas do negócio e como controlá-las;

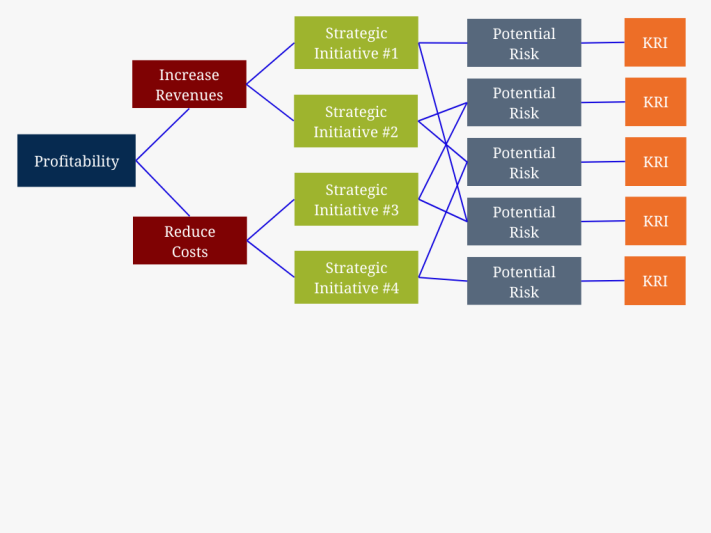


Figura 10. Ligando os objetivos à estratégia e aos KRIs. [2010] - (COSO)

II - acompanhar os indicadores de desempenho definidos pela Resolução nº 6/CEGOV/INSS, de 2 de junho de 2020, que aprovou o Sistema de Monitoramento de Desempenho Organizacional – SMD por meio da plataforma denominada “INSS em números” ou outros painéis de monitoramento que venham a ser desenvolvidos;

III - aplicar ferramentas de qualidade como **checklist**s (listas de verificação) para verificar a execução dos processos e atividades e identificar ocorrências de não conformidades, conforme modelo apresentado no Anexo III da Resolução CEGOV/INSS nº 23, de 17 de outubro de 2022, ou outros que venham a ser elaborados de acordo com a necessidade. O **Checklist** é uma lista previamente estabelecida utilizada como ferramenta de controle que permite a verificação e monitoramento de tarefas ou itens de um projeto. Seu objetivo é evitar a incidência de erros e a falibilidade humana além de garantir que todas as etapas ou itens foram devidamente realizados, para sua elaboração, alguns passos são recomendados:

a) determinar o que será verificado;

b) definir em qual momento e com que frequência será utilizado;

c) definir as etapas do processo e os itens que devem ser verificados;

d) determinar quem fará uso do **checklist**; e

e) elencar quais itens serão verificados;

IV - acompanhar os temas objetos de ação de auditoria e demandas de órgãos de controle, a tempestividade das respostas, avaliando se os apontamentos são passíveis de correção ou oportunidades de melhoria e observando a reincidência e a frequência das ações.

7.3.6. A abrangência e a frequência das avaliações específicas dependerão, em primeiro lugar, da avaliação de risco e da eficácia dos procedimentos permanentes de monitoramento.

7.3.7. Caso na etapa de monitoramento e controle sejam detectadas não conformidades, deve-se iniciar a análise para confirmar se se trata de um risco (negativo) ou uma oportunidade de melhoria (positivo), já que para nem todas as não conformidades será adotada ação de remediação. Esta decisão deverá ser pautada naqueles que apresentarem maior potencial de risco de **compliance**, cuja prioridade poderá ser definida por meio da ferramenta denominada Matriz GUT (Gravidade, Urgência, Tendência).

7.3.8. Matriz GUT é uma ferramenta utilizada para a priorização de tomadas de decisões, que se utiliza desses três elementos para classificar algum problema ou ação, atribuindo notas de 1 a 5 para cada um desses aspectos. Por fim, multiplicar as notas de cada aspecto (G x U x T) e na sequência, ordenar os itens de forma crescente. Como resultado, uma lista priorizada desses itens será gerada.

Figura 11. Matriz GUT – Gravidade, Urgência, Tendência

8. **RESPONDER**

8.1. Na hipótese de a não conformidade detectada representar um risco à organização, é imensamente relevante que a administração responda a estes riscos estabelecendo medidas claras e efetivas para saneamento dos desvios detectados, não só para que aquela ocorrência não interfira nos objetivos da instituição, mas para reafirmar o compromisso da organização com a conformidade.

8.2. Além disso, deve haver um processo de reporte eficaz, que priorize a transparência das ações e possibilite o monitoramento e a avaliação do sistema de **compliance** por meio de indicadores-chave, integrando as informações oriundas tanto da primeira quanto da segunda linha de defesa, (IBGC,2017), contribuindo para o estabelecimento de diretrizes que visem o aperfeiçoamento do serviço prestado.

8.3. Ação de Remediação

8.3.1. A ação de remediação iniciará com o registro no Relatório de Não Conformidade – RNC (Anexo IV da Resolução CEGOV/INSS nº 23, de 15 de outubro de 2022), para que fique documentada e seja avaliada sua eficácia, e em caso positivo seja criado um protocolo para situações semelhantes. Pode ser determinada em três etapas:

I - ação imediata de correção: ao identificar uma não conformidade, deve-se avaliar com base nos critérios de gravidade, urgência e tendência já descritos anteriormente, se esta demanda uma ação imediata de correção, ou seja, uma ação pontual e urgente, para interromper os efeitos danosos gerados por ela, que também deve ser registrada no relatório de não conformidade;

II - análise de causa-raiz: além das ações imediatas, toda não conformidade deve ter suas causas investigadas para que não voltem a ocorrer. Portanto, deve-se realizar apuração com foco na identificação de causas imediatas e causas-raízes e vulnerabilidades do sistema. Para isso, algumas ferramentas podem ser utilizadas, como **brainstorming**, a técnica dos 5 porquês e Diagrama de **Ishikawa**, assim descritos:

a) **Brainstorming** é uma técnica usada para levantar ideias de soluções de problemas;

b) 5 Porquês é uma ferramenta que consiste em perguntar 5 vezes o porquê de um problema ou defeito ter ocorrido, a fim de descobrir a sua real causa, ou seja, a causa raiz;

c) diagrama de **Ishikawa**: também é conhecido como Diagrama de Espinha de Peixe, por causa do seu formato, ou Diagrama de Causa e Efeito, por ser composta pelo problema e suas possíveis causas. A ferramenta é usada para encontrar, organizar, classificar, documentar e exibir graficamente as causas de um determinado problema, agrupados por categorias, que facilitam o **brainstorming** de ideias e análise da ocorrência;

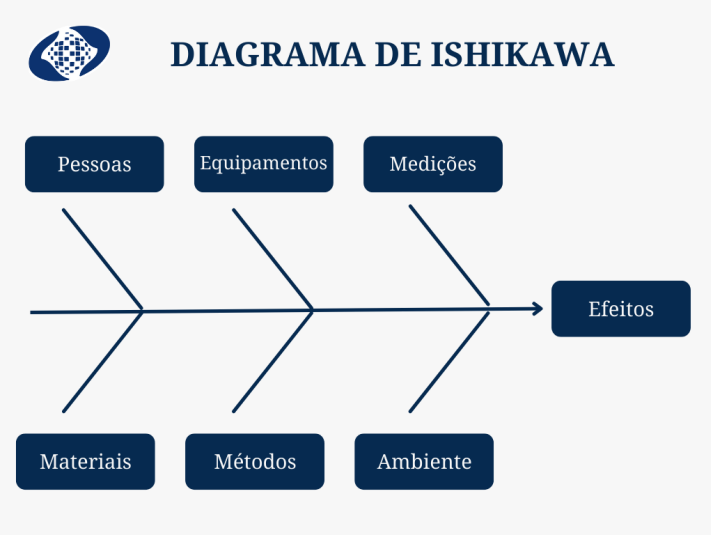


Figura 12. Diagrama de Ishikawa

III - ação corretiva: após a determinação da causa-raiz, deve-se iniciar um plano de ação corretiva, necessário para solucionar a origem do incidente e bloquear novos casos. Uma ferramenta que pode apoiar o processo de elaboração de uma ação corretiva é o 5W2H aliado à Matriz RACI.

8.3.2. Os 5 porquês:

I - **What***:* o que será feito? – determinar o que se pretende realizar, definindo e descrevendo o que será feito de fato;

II - **Why:** por que será feito? – justificar o desenvolvimento do que foi proposto;

III - **Who**: por quem será feito? – determinar quem ou qual área será responsável pela execução do que foi definido. Pode ser designada uma pessoa específica que vai liderar as ações;

IV - **When**: quando será feito? – estabelecer cronograma e prazos para a execução;

V - **Where**: onde será feito? – definir o local de realização, que pode ser físico ou uma unidade da instituição;

VI - **How**: como será feito? – especificar os meios ou estratégias utilizadas para que o que foi idealizado seja executado da melhor forma; e

VII - **How much**: quanto custará? – definição do custo e investimento necessário para a realização do que foi proposto.

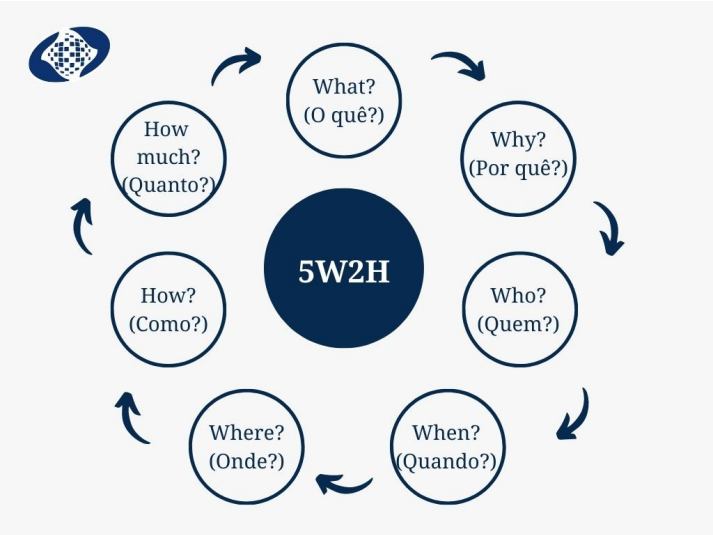


Figura 13. Ferramenta 5W2H

8.3.3. Ao final da ação de remediação deve-se avaliar a eficácia do tratamento da não conformidade. Caso não tenha surtido o efeito desejado, nova avaliação das causas deve ser realizada para que se possa dar nova direção ao plano anteriormente elaborado.

8.4. Reporte

8.4.1. Para além das ações de tratamento da não conformidade, a fase de resposta visa avaliar a eficácia e dar a devida transparência das ações implementadas e promover a melhoria contínua.

8.4.2. Com esse propósito, convém que a organização utilize alguns indicadores e considere os resultados da avaliação dos riscos de **compliance**, adotando o monitoramento do grau de conformidade por meio de Indicadores-chave de desempenho (**Key Performance Indicators** - KPI).

8.4.3. Indicadores-chave de desempenho (KPI) são ferramentas de gestão largamente utilizadas por empresas do mundo todo para medir e avaliar o desempenho de seus processos e gerenciá-los da maneira mais eficiente possível, visando à conquista das metas e objetivos previamente estipulados pelas organizações.

8.4.4. A título exemplificativo a ISO 37301:2021 menciona que são concernentes ao sistema de gestão de **compliance** os seguintes indicadores:

I - percentual de pessoas efetivamente treinadas;

II - frequência de contato por órgãos reguladores;

III - uso de mecanismos de retroalimentação;

IV - questões de não **compliance** identificados, reportados por tipo, área e frequência;

V - consequências do não **compliance**, que podem incluir uma avaliação do impacto resultante sobre compensação monetária, multas e outras penalidades, custo da remediação, reputação ou custo do tempo do pessoal; e

VI - quantidade de tempo gasto para reportar e tomar a ação corretiva.

8.4.5. Todavia, existem inúmeros indicadores que permitem medir o progresso em relação ao resultado esperado. Por isso, uma maneira de avaliar a relevância de um indicador de desempenho é usar os critérios **SMART**.

Ferramenta SMART

	Significado	Descrição
S	Específico	Definir exatamente o que se deseja alcançar
M	Mensurável	Que se possa medir, quantificar, dimensionar
A	Atingível	Determinar metas possíveis de serem alcançadas
R	Relevante	Importante para o propósito da instituição
T	Temporal	Deve ter prazo claramente definido e adequado

Figura 14. Ferramenta SMART

8.4.6. Realizar reporte periódico para a alta administração que, com base nas informações fornecidas, poderá definir novas diretrizes para o alcance da missão institucional, remodelando seus procedimentos, reavaliando seus riscos, aperfeiçoando sua forma de comunicar ao público interno e externo, sempre buscando a melhoria contínua.

8.4.7. Sabe-se que um programa de conformidade não é um projeto com início, meio e fim, mas objetiva justamente um aprimoramento constante e cíclico. Para tanto, uma das ferramentas utilizadas é o ciclo PDCA – Plan, Do, **Check**, Act (Planejar, Fazer, Checar, Agir). A imagem abaixo apresenta toda estrutura do sistema de gestão de **compliance** definida segundo a certificação ISO 37301:2021, baseada no ciclo PDCA.

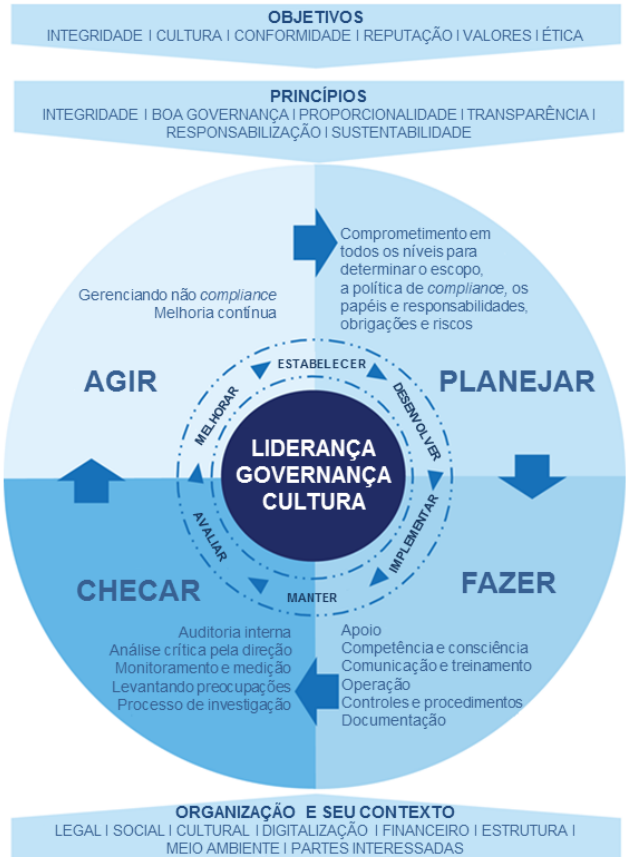


Figura.15 Ciclo PDCA (ISO/FDIS 37301)

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

9.1. Esta metodologia foi construída a partir das leituras acerca da Conformidade e **Compliance** abordados no Referencial Teórico elencado neste documento.

9.2. Convém registrar que além das técnicas e ferramentas indicadas nesta metodologia, outras poderão ser utilizadas, como as constantes da Norma ABNT ISO/IEC 31010:2021 e as demais apontadas na literatura sobre o tema, de acordo com o tipo de objeto de gestão, habilidade e aptidão do servidor, desde que cumpram seus objetivos.

10. CONCEITOS UTILIZADOS NA CONFORMIDADE

10.1. Governança Pública: conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

10.2. Integridade Pública: refere-se ao alinhamento consistente e à adesão de valores, princípios e normas éticas comuns para sustentar e priorizar o interesse público sobre os interesses privados no setor público.

10.3. **Compliance**: cumprir com as leis pertinentes, requisitos regulatórios, códigos setoriais e normas organizacionais, como também aspectos de governança, conduta, transparência e temas como ética e integridade.

10.4. Conformidade: Atendimento a todas as obrigações de **compliance** da organização.

10.5. Não conformidade: não atendimento de um requisito ou obrigação de **compliance**.

10.6. Obrigações de **compliance**: requisitos que uma organização mandatoriamente tem que cumprir, como também os que uma organização voluntariamente escolhe cumprir.

10.7. Cultura de conformidade: valores, ética, crenças e conduta que existem por toda a organização e interagem com as estruturas e os sistemas de controle da organização para produzir normas comportamentais que contribuem com o **compliance**.

10.8. Sistema de gestão de **compliance**: conjunto de elementos inter-relacionados ou interativos de uma organização, para estabelecer políticas, objetivos e processos para alcançar esses objetivos.

10.9. Política de conformidade: intenções e direção de uma organização, como formalmente expressos pela sua Alta Administração ou por seu Órgão Diretivo.

10.10. Alta Administração: Ministros de Estado, ocupantes de cargos de natureza especial, ocupantes de cargo de Direção e Assessoramento Superiores, presidentes e diretores de autarquias, inclusive as especiais, e de fundações públicas ou autoridades de hierarquia equivalente.

10.11. Sistema de controle interno: conjunto de regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações, entre outros, operacionalizados de forma integrada, destinados a enfrentar os riscos e fornecer segurança razoável de que os objetivos organizacionais serão alcançados.

10.12. Monitoramento: é obtido por meio de revisões específicas ou monitoramento contínuo, independente ou não, realizados sobre todos os demais componentes de controles internos, com o fim de aferir sua eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, excelência ou execução na implementação dos seus componentes e corrigir tempestivamente as deficiências dos controles internos.

10.13. Processos: conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que utilizam entradas para entregar um resultado pretendido, sendo este resultado chamado de saída, produto ou serviço, dependendo do contexto da referência.

10.14. Atividades: é a ação executada, ou seja, é a ação que dá suporte aos objetivos da empresa.

10.15. Gestão de riscos: conjunto de princípios, estruturas, alçadas, processos e atividades coordenados para dirigir e controlar a organização no que se refere a riscos.

10.16. Riscos de **compliance**: probabilidade da ocorrência e as consequências de não conformidade com as obrigações de **compliance** da organização.

10.17. Nível de risco: resultado da aferição da criticidade do risco, considerando aspectos como probabilidade e impacto.

10.18. Probabilidade: refere-se às chances de ocorrência do risco.

10.19. Impacto: refere-se às consequências geradas caso o risco ocorra.

10.20. Riscos relevantes: aqueles que podem colocar em risco a capacidade do processo de entregar o resultado pretendido.

10.21. Oportunidades de melhoria: melhorar os processos e serviços para atender a requisitos assim como para abordar futuras necessidades e expectativas; corrigir, prevenir ou reduzir efeitos indesejados.

10.22. Ação corretiva: ação que age na causa raiz, com a finalidade de eliminar a origem de uma não conformidade e para prevenir recorrência.

10.23. Ação de correção: ação imediata que objetiva evitar danos maiores. Resolução momentânea, mas que não impede que o problema volte a ocorrer.

10.24. Melhoria contínua: atividade recorrente para elevar o desempenho.

10.25. Relatório de Não Conformidade (RNC): documento que registra as falhas de conformidade detectadas e as medidas adotadas para sua mitigação.

10.26. Causa Imediata: é aquela que causou ou contribuiu para a ocorrência de uma não conformidade.

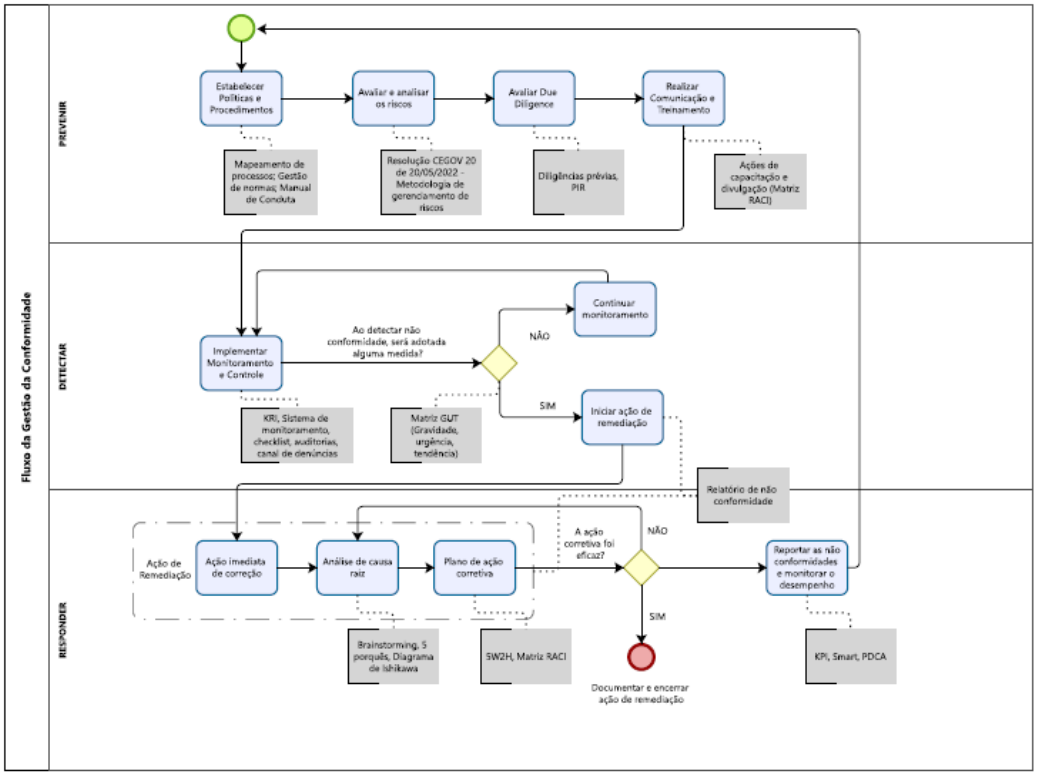
10.27. Causa Raiz: é aquela que ao ser identificada, tratada e eliminada na sua origem, evita que o problema volte a ocorrer.

V - REFERENCIAL LEGAL E TEÓRICO

ABNT NBR ISO/IEC 9001:2015. Sistemas de gestão da qualidade
ABNT NBR ISO/IEC 31010:2012. Gestão de riscos. Técnicas para o processo de avaliação de riscos.
ABNT NBR ISO/IEC 37001:2017. Sistemas de gestão antissuborno — Requisitos com orientações para uso
ABNT NBR ISO/IEC 37301:2021. Sistemas de gestão de **compliance**
ALONÇO, Guilherme. “O que é fluxograma de processos? Saiba como fazer passo a passo.” Disponível em https://certificacaoiso.com.br/o-que-e-fluxograma-de-processos/, acesso em 06/07/2022.
BASSO, Bruno. “ISO 37301: conheça mais sobre o sistema de gestão de **compliance**”. Disponível em <https://www.gepcompliance.com.br/blog/iso-37301-compliance/>, acesso em 22/06/2022
BERGAMINI, José Carlos Loitey. **Compliance** na Administração Pública Direta: aprimoramento da ética na gestão pública. UFSC, 2021.
BRASIL. Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a Política de Governança da Administração Pública Federal Direta, Autárquica e Fundacional.
_____. INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA PR/CGU Nº 1, DE 10 DE MAIO DE 2016. Dispõe sobre controles internos, gestão de riscos e governança no âmbito do Poder Executivo federal.
_____. Lei Nº 14.133, DE 1º DE ABRIL DE 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos
_____. Resolução nº 5/CEGOV/INSS, de 28 de maio de 2020. Institui a Política de Gestão de Riscos do INSS
_____. Resolução nº 6/CEGOV/INSS, de 2 de junho de 2020. Dispõe sobre o Sistema de Monitoramento de Desempenho Organizacional – SMD
_____. Resolução CEGOV/INSS Nº 20, DE 20 DE MAIO DE 2022. Aprova a Metodologia de Gerenciamento de Riscos do INSS
_____. PORTARIA INPI/PR Nº 520, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2019, FORÇA-TAREFA DE CONTROLES INTERNOS E CONFORMIDADE
CGE - Controladoria-Geral do Estado do Paraná. Programa Estadual de integridade e **Compliance**. Disponível em https://www.cge.pr.gov.br/Pagina/Programa-Estadual-de-Integridade-e-**Compliance**, acesso em 20/06/2022
FERRAMENTAS da qualidade. Disponível em <ferramentasdaqualidade.org>, acesso em 21/06/2022
FMS, Murilo. “Checklist: o que é e como aplicá-lo para quase tudo.” Disponível em https://www.fm2s.com.br/o-que-checklist-saiba-como-aplicar-para-quase-tudo/, acesso em 23/06/2022
GESTÃO de Riscos. Disponível em https://estrategia.trt10.jus.br/comite-de-gestao-de-riscos/itemlist/category/97-gestao-de-riscos.html, acesso em 22/06/2022
HOFRIMANN, Suelen. “Ciclo BPM: Conheça as 6 etapas para cuidar dos seus processos como um profissional!” Disponível em https://holmesdoc.com.br/blog/ciclo-bpm/, acesso em 06/07/2022.
IBGC - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. **Compliance** à luz da governança corporativa. São Paulo, SP : IBGC, 2017
INTOSAI GOV 9100. Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores. Diretrizes para as normas de controle interno do setor público.
MINISTÉRIO DA TRANSPARÊNCIA E CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO – CGU. Manual para implementação de programas de integridade – Orientações para o Setor Público, julho/2017.
MITOSO, Gabriela. “O que é SIPOC.” Disponível em <https://8quali.com.br/o-que-e-sipoc/>, acesso em 23/06/2022
NOTAÇÃO BPMN: como aplicar para modelar processos? Entenda etapas. Disponível em https://www.sydle.com/br/blog/notacao-bpmn-5ef510823130175de40cc4c2/, acesso em 06/07/2022.
VIEIRA, James Batista. Governança, gestão de riscos e integridade / James Batista Vieira, Rodrigo Tavares de Souza Barreto - Brasília: Enap, 2019. 240 p. : il. –
VIVAS, Deislane. “5 regras para elaborar um fluxograma de processos”. Disponível em https://doutorgestao.com.br/como-elaborar-um-fluxograma/, acesso em 06/07/2022.

ANEXO II

RESOLUÇÃO CEGOV/INSS Nº 23, DE 17 DE OUTUBRO DE 2022



ANEXO III

RESOLUÇÃO CEGOV/INSS Nº 23, DE 17 DE OUTUBRO DE 2022

CHECKLIST DE CONFORMIDADE											
UNIDADE:											
ITEM NO PLANO DE AÇÃO:											
ATIVIDADE:											
POLÍTICAS E PROCEDIMENTOS											
	DESCRIÇÃO	**SIM**	**NÃO**	**PLANO DE AÇÃO**							
				O quê?	**Por quê?**	**Quem?**	**Quando?**	**Onde?**	**Como?**	**Quanto?**
1	Existe levantamento de todas as normas vigentes aplicáveis à atividade?									
2	Essas normas podem ser acessadas facilmente pelos que desenvolvem a atividade?									
3	Existe mecanismo eficiente para pesquisa à legislação correlata?									
4	Há um canal para sanar dúvidas inerentes à atividade realizada?									
5	Há necessidade de implementar novas rotinas relacionadas à conduta?									
6	Os processos de trabalho estão mapeados?									
7	Os procedimentos são revistos frequentemente para capturar mudanças regulatórias?									
8	Os procedimentos são descritos em linguagem de fácil compreensão?									
ANÁLISE E AVALIAÇÃO DOS RISCOS											
	DESCRIÇÃO	**SIM**	**NÃO**	**PLANO DE AÇÃO**							
				O quê?	**Por quê?**	**Quem?**	**Quando?**	**Onde?**	**Como?**	**Quanto?**
9	A atividade conta com mapa de risco de conformidade?									
10	Foram determinados os fatores internos e externos relevantes no estabelecimento do contexto da atividade?									
11	O processo de identificação de riscos é contínuo?									

12	Os riscos da atividade são gerenciados de acordo com o seu nível?									

DUE DILIGENCE										
	DESCRIÇÃO	**SIM**	**NÃO**	**PLANO DE AÇÃO**						
				O quê?	**Por quê?**	**Quem?**	**Quando?**	**Onde?**	**Como?**	**Quanto?**
13	Há diligências apropriadas para contratação ou controle preventivo em relação a terceiros?									

COMUNICAÇÃO E TREINAMENTO										
	DESCRIÇÃO	**SIM**	**NÃO**	**PLANO DE AÇÃO**						
				O quê?	**Por quê?**	**Quem?**	**Quando?**	**Onde?**	**Como?**	**Quanto?**
14	Os procedimentos foram difundidos de maneira ampla e clara a todos que executam a atividade?									
15	Há planos de treinamento periódicos a respeito dos aspectos teóricos e práticos das normas, procedimentos e orientações legais referentes à atividade?									
16	Há projeto de treinamento específico para a não conformidade apontada?									
17	Existem ações de comunicação que possibilitem esclarecer como proceder diante da detecção da não conformidade avaliada?									

MONITORAMENTO E CONTROLE										
	DESCRIÇÃO	**SIM**	**NÃO**	**PLANO DE AÇÃO**						
				O quê?	**Por quê?**	**Quem?**	**Quando?**	**Onde?**	**Como?**	**Quanto?**
18	A atividade conta com indicadores, relatórios, sistemas com o objetivo de manter o controle interno?									
19	Há mecanismos para identificar se os normativos relativos à atividade estão sendo cumpridos?									
20	Os sistemas operacionais da Área/Atividade, bloqueiam processamento de situações não previstas nos normativos?									
21	É realizada supervisão da atividade pelos gestores?									
22	Os servidores/colaboradores são periodicamente consultados/entrevistados a respeito das dificuldades encontradas na execução da atividade ou para sugestão de melhoria?									
23	São observadas as tendências nas reclamações recebidas da sociedade referentes à atividade?									
24	Há mapeamento que identifique violações de integridade na atividade executada?									
25	Existe plano de diligência para verificação da qualidade da atividade executada e busca de desconformidades?									

AÇÃO DE REMEDIAÇÃO										
	DESCRIÇÃO	**SIM**	**NÃO**	**PLANO DE AÇÃO**						
				O quê?	**Por quê?**	**Quem?**	**Quando?**	**Onde?**	**Como?**	**Quanto?**
26	São adotadas ações de correção?									
27	É aplicado um Procedimento Operacional Padrão?									
28	As medidas adotadas são claras e efetivas para saneamento dos desvios detectados?									
29	Foi feita análise da causa raiz da não conformidade para tratar o desvio na origem?									
30	Após a identificação da causa raiz foi formalizado plano de ação corretiva para solucionar a origem do incidente e bloquear novos casos?									
31	Todo o processo de ação de remediação foi documentado?									

REPORTE										
	DESCRIÇÃO	**SIM**	**NÃO**	**PLANO DE AÇÃO**						
				O quê?	**Por quê?**	**Quem?**	**Quando?**	**Onde?**	**Como?**	**Quanto?**
32	A atividade conta com indicadores de desempenho para monitorar o grau de conformidade?									
33	As medidas adotadas foram reportadas de forma transparente às áreas responsáveis, visando a melhoria contínua?									

ANEXO IV

RESOLUÇÃO CEGOV/INSS Nº 23, DE 17 DE OUTUBRO DE 2022

RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE		
DADOS INICIAIS		
Nº RNC	Data:	
Unidade: Origem: ( ) Auditoria Interna ( ) Órgãos de Controle ( ) Denúncia ( )Processos de Trabalho ( ) Outros: _____		
Tipo: ( ) Ação Corretiva ( ) Oportunidade de melhoria	Reincidência: ( ) Não ( ) Sim	
DETALHAMENTO DA NÃO CONFORMIDADE (descrever qual foi a não conformidade identificada)		
ABRANGÊNCIA (informar quais são os processos relacionados a essa NC e quais os efeitos causados)		
Processo	Efeitos	Área de Negócio
AÇÃO DE CORREÇÃO IMEDIATA (quais foram as ações para corrigir imediatamente a não conformidade, a data de implementação e unidade responsável)		
Data da ação:		Responsável:
ANÁLISE DE CAUSA IMEDIATA E CAUSA RAIZ (utilizando a metodologia proposta, indicar as causas da não conformidade)		
AÇÃO CORRETIVA (ações para corrigir a causa raiz e evitar que volte a ocorrer.)		
Etapas	Responsável	Data Limite
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
PROCEDIMENTOS REVISTOS (informar quais documentos, normativos ou procedimentos precisaram ser modificados)		
Documento revisto	Unidade responsável	Data da revisão
1.		
2.		

3.		

ACOMPANHAMENTO DA CORREÇÃO	
Data da conclusão:	( ) Eficaz ( ) Não eficaz Novo RNC: ( ) Perda de objeto
Descrever o resultado das ações:	
Data do encerramento:	Responsável pelo encerramento: