

RA. 204/2020

Chapecó, 04 de Junho de 2020

**Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Empregados da Indústria de
Papéis Sudeste
CREDESTE
Juiz de Fora – MG**

**Senhor
Pedro André Nascimento Chagas
Presidente**

Compreendendo o escopo de trabalho básico e em atendimento ao contrato firmado entre a "LINEAR AUDITORES" e a "CREDESTE", apresentamos o relatório da auditoria interna, referente a primeira etapa de 2020, conforme pré-determinado no Plano Anual de Auditoria Interna da cooperativa, com relação à Resolução nº 4.588/2017.



INTRODUÇÃO

A auditoria interna da CREDESTE cumpre as atribuições definidas na Resolução 4.588/2017, observando também as determinações dos organismos reguladores, e demais documentos e normas aplicáveis a este modelo de instituição.

Os procedimentos adotados pela auditoria interna visam principalmente avaliar a existência, o funcionamento e a eficácia dos controles internos. Estes estão devidamente apresentados no Plano Anual de Auditoria e refletem o escopo básico determinado para a realização dos trabalhos.

A COOPERATIVA DE ECONOMIA E CRÉDITO MÚTUO DOS EMPREGADOS DA INDÚSTRIA DE PAPÉIS SUDESTE LTDA – CREDESTE, foi constituída em 18 de janeiro de 1974, e possui sede localizada na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais.

O objetivo social da cooperativa é o desenvolvimento à educação cooperativista e financeira de seus associados, fomentando o cooperativismo de economia e crédito mútuo.

Conforme determina o Estatuto Social da mesma, podem se associar à cooperativa os empregados ou prestadores de serviços, em caráter não eventual, das empresas:

- Indústria de Papéis Sudeste Ltda – situada em Juiz de Fora / MG e Sapucaia/ RJ
- Cartão & Embalagens Ltda – situada em Juiz de Fora/ MG;
- EPM – Embalagem de Polpa Moldada e Barano Alimentos – situada em Juiz de Fora/ MG;

Além dos próprios empregados e prestadores de serviço, em caráter não eventual, da CREDESTE e também todos os cônjuges, pais e filhos de associados.

Os trabalhos de auditoria desenvolvidos abordarão assuntos relevantes à instituição, contribuindo para a melhoria na gestão da governança corporativa e aderência às determinações legais definidas para a constituição dos procedimentos obrigatórios.

Conforme NBC TI 01:

A Auditoria Interna compreende os exames, análises, avaliações, levantamentos e comprovações, metodologicamente estruturados para a avaliação da integridade, adequação, eficácia, eficiência e economicidade dos processos, dos sistemas de informações e de controles internos integrados ao ambiente, e de gerenciamento de riscos, com vistas a assistir à administração da entidade no cumprimento de seus objetivos.

A atividade da Auditoria Interna está estruturada em procedimentos, com enfoque técnico, objetivo, sistemático e disciplinado, e tem por finalidade agregar valor ao resultado da organização, apresentando subsídios para o aperfeiçoamento dos processos, da gestão e dos

controles internos, por meio da recomendação de soluções para as não-conformidades apontadas nos relatórios.

Quanto aos procedimentos da auditoria interna, indicamos:

Os procedimentos da Auditoria Interna constituem exames e investigações, incluindo testes de observância e testes substantivos, que permitem ao auditor interno obter subsídios suficientes para fundamentar suas conclusões e recomendações à administração da entidade.

Os testes de observância visam à obtenção de razoável segurança de que os controles internos estabelecidos pela administração estão em efetivo funcionamento, inclusive quanto ao seu cumprimento pelos funcionários e administradores da entidade. Na sua aplicação, devem ser considerados os seguintes procedimentos:

- a) Inspeção – verificação de registros, documentos e ativos tangíveis;*
- b) Observação – acompanhamento de processo ou procedimento quando de sua execução; e*
- c) Investigação e confirmação – Obtenção de informações perante pessoas físicas ou jurídicas conhecedoras das transações e das operações, dentro ou fora da entidade.*

Os testes substantivos visam à obtenção de evidência quanto à suficiência, exatidão e validade dos dados produzidos pelos sistemas de informação da entidade.

Nossa auditoria segue estas premissas, emitidas pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC), em conjunto com as determinações do Banco Central do Brasil (BCB).

Apresentamos a seguir a evolução das contas patrimoniais entre 2018 e 2019:

Contas	12/2018	12/2019	Variação(R\$)	Variação(%)
1 - Ativo	713.122,33	776.928,34	63.806,01	8,95%
1.1 - Disponibilidades	789,10	617,53	(171,57)	(21,74)%
1.3 - Títulos e Valores Mobiliários	291.773,17	180.424,21	(111.348,96)	(38,16)%
1.6 - Operações de Crédito	336.677,04	504.725,85	168.048,81	49,91%
1.6.1 - Empréstimos	338.368,88	507.299,63	168.930,75	49,93%
1.6.9 Provisões p/ Operações de Crédito	(1.691,84)	(2.573,78)	881,94	52,13%
1.8 - Outros Créditos	81.473,84	89.147,39	7.673,55	9,42%
2 - Permanente	2.409,18	2.013,36	(395,82)	(16,43)%
2.2 - Imobilizado de Uso	2.409,18	2.013,36	(395,82)	(16,43)%
2 - Passivo e Patrimônio Líquido	713.122,33	776.928,34	63.806,01	8,95%
4.9 - Outras Obrigações	109.864,80	102.352,90	(7.511,90)	(6,84)%
6 - Patrimônio Líquido	603.257,53	674.575,44	71.317,91	11,82%
6.1.1 - Capital Social	620.943,74	671.883,82	50.940,08	8,20%
6.1.5 - Reservas de Lucros	3.902,70	1.556,88	(2.345,82)	(60,11)%
6.1.7 - Sobras ou Perdas Acumuladas	(21.588,91)	1.134,74	22.723,65	105,26%

As operações de crédito apresentaram aumento de praticamente 50% no comparativo. Ainda, no acumulado, os resultados registrados em 2019 foram superiores, comparando com as perdas apuradas no ano anterior.

Ainda, apresentamos as movimentações sobre as principais contas de resultado, ou seja, movimentação nas receitas, gastos e sobras, correspondentes aos semestres 12/2018 e 12/2019:

Contas	12/2018	12/2019	Varição (R\$)	Varição (%)
Total das Receitas	93.014,36	114.405,06	21.390,70	23,00%
Rendas com Operações de Crédito	86.375,19	110.543,22	24.168,03	27,98%
Rendas de títulos e valores mobiliários	5.856,74	3.752,58	(2.104,16)	(35,93)%
Outras receitas operacionais	782,43	109,26	(673,17)	(86,04)%
Total das Despesas	101.958,42	102.860,78	902,36	0,89%
Despesas administrativas	100.807,15	100.923,68	116,53	0,12%
Aprovisionamento e ajustes patrimoniais	557,82	1.465,38	907,56	162,70%
Outras despesas operacionais	577,35	436,48	(140,87)	(24,40)%
Despesas não operacionais	16,10	0,00	(16,10)	(100,00)%
Resultado do período	(8.944,06)	11.544,28	20.488,34	229,07%

O semestre 12/2019 apresentou resultado superior ao mesmo período do ano anterior, sendo fator determinante o aumento nas rendas com operações de crédito.

Além disto, expomos a seguir as variações na quantidade de associados e no valor total das cotas integralizadas entre 2018 e 2019:

Descrição	12/2018	12/2019	Varição (%)
Número de Cooperados Ativos	355	373	5,07%
Valor de Cotas Capital	620.943,74	671.883,82	8,20%

A atividade de Auditoria Interna está estruturada em procedimentos, com enfoque técnico, objetivo sistemático e disciplinado, e tem por finalidade agregar valor ao resultado da organização, apresentando subsídios para o aperfeiçoamento dos processos, da gestão e dos controles internos, por meio da recomendação de soluções para as não-conformidades apontadas nos relatórios. Diante dos fatos, apresentamos abaixo os resultados obtidos junto a CREDESTE respectivo a primeira etapa da auditoria interna de 2020.

1. A EFETIVIDADE E A EFICIÊNCIA DOS SISTEMAS DE CONTROLES INTERNOS, DE GERENCIAMENTO DE RISCOS E DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, CONSIDERANDO OS RISCOS ATUAIS E POTENCIAIS RISCOS FUTUROS

1.1 Controles Internos

1.1.1 Relatório Controles Internos – Resolução 2.554

Diante do que trata a Resolução 2.554/1998, identificamos que a CREDESTE elaborou “Relatório de Controles Internos e *Compliance*” com base semestral, para o ano de 2019, sendo que o mesmo trata sobre:

- ✓ Regimentos, Regulamentos e Políticas Institucionais;
- ✓ Gestão de Risco Integrado e Gerenciamento de Capital e Liquidez;
- ✓ Relatório de Ocorrências – BackOffice Jurídico, Canal de Denúncias e Ouvidoria;
- ✓ Processos de atendimento ao Bacen e Receita Federal;
- ✓ Sistema e processamento eletrônico de dados;
- ✓ Além das ações e recomendações sobre a área.

Através de atas do Conselho de Administração, constatamos que os respectivos relatórios foram objeto de apreciação pelo conselho.

A Resolução 2.554/1998 estabelece que o relatório deve ser anual, contudo, a prática da cooperativa é apropriada, visto que os relatórios elaborados para o ano de 2019 abrangem assuntos pertinentes e que foram objeto de análises, considerando o porte e a complexidade da cooperativa.

1.1.2 Relatório Auditoria Cooperativa

Buscando identificar o resultado das principais análises e recomendações derivadas da Auditoria Cooperativa de 2019, solicitamos os respectivos relatórios, emitidos pela D’Agostini Consultoria e Auditoria S/S.

Os trabalhos apresentados nos relatórios de Auditoria Cooperativa, demonstraram o alinhamento da CREDESTE em relação a diversos pontos e também algumas recomendações, ou seja, indicações de melhorias que devem ser implementadas nos processos e rotinas da cooperativa.

A cooperativa ainda não elaborou o plano de ação, contudo já implementou algumas adequações, principalmente as relacionadas ao “Manual de Controles Internos”. Quanto as demais recomendações, serão discutidas nas próximas reuniões do Conselho de Administração.

Achado de Auditoria:

Ausência de plano de ação visando a implementação das recomendações da Auditoria Cooperativa.

Recomendação Registrada:

Elaborar plano de ação indicando os prazos, responsabilidades e demais procedimentos relacionados à implementação das recomendações da Auditoria Cooperativa.

1.1.3 Relatório *Compliance*

A Resolução 4.595/2017 determina que os responsáveis pela função de *Compliance* devem elaborar relatório anual apresentando o resultado sobre as atividades relacionadas.

A cooperativa emitiu "Relatório de Controles Internos e *Compliance*", conforme já mencionado no tópico 1.1.1, e o mesmo trata sobre os pontos pertinentes, considerando o porte e complexidade das operações.

1.2 Gerenciamento de Riscos e Governança Corporativa

1.2.1 Diretor Responsável

Através de *print* de tela do UNICAD, constatamos a designação do Diretor Responsável pela Estrutura Simplificada de Gerenciamento Contínuo de Riscos.

CECM EMPR IND PAPÉIS SUDESTE
ADRIANA MARIA LIGUORI DE OLIVEIRA
LUIZ FELLIPE FONSECA MENDES
Diretor Responsável por Área de Atuação
19/09/2016 - Vigente - Diretor responsável - Circ. 3.461
19/09/2016 - Vigente - Diretor responsável p/Área Contábil - Res. 3.198
20/02/2019 - Vigente - Diretor resp. p/apuração limites e padrões mínimos-Circ.3398
20/02/2019 - Vigente - Diretor resp.p/estrut.simplif.ger.contínuo riscos - Res.4557
20/02/2019 - Vigente - Diretor resp. p/apur. montante RWA, PR e Cap.Princ.-Res.4193

O Diretor Responsável pela área, conforme imagem acima, é Luiz Fellipe Fonseca Mendes.

1.2.2 Relatório Gerencial Desempenho

A estrutura simplificada de gerenciamento contínuo de riscos determina sobre a execução de diversas atividades relacionadas, e entre estas, a elaboração de relatórios gerenciais.

Sendo assim, com base na Resolução 4.606/2017, identificamos que a cooperativa emitiu relatório "Gerenciamento de Risco integrado" com base no semestre 06/2019

e também relatório integrado para o ano de 2019, que abrangem as seguintes análises:

- Índice de Basiléia;
- Índice de Imobilização;
- Gerenciamento de Capital;
- Risco de Crédito;
- Risco de Mercado;
- Risco de Liquidez;
- Risco Operacional;
- Responsabilidade SocioAmbiental;

Os pontos tratados são pertinentes a área e representam o alinhamento e acompanhamento da instituição perante os principais fatores de risco considerados com base no porte e complexidade da instituição.

1.2.3 Política do Risco Operacional

A Resolução 4.606/17 estabelece critérios e definições que devem ser elencados na estrutura simplificada de gerenciamento de risco, e nesse sentido, avaliamos os pontos pertinentes ao risco operacional, demonstrando no quadro a seguir a adequação quanto à Política interna da cooperativa:

Capitulação	Resolução 4.606/2017	Política interna
Art. 23, I	Critérios de decisão quanto à terceirização de serviços e de seleção de seus prestadores;	Conforme. A Política de Gestão de Serviços Terceirizados trata sobre os aspectos relacionados correlacionados.
Art. 23, II	Avaliação, gerenciamento e monitoramento do risco operacional decorrente de serviços terceirizados relevantes para o funcionamento regular da instituição;	Conforme. O ponto é abordado na "Política de Gerenciamento de Risco Operacional", item "VI. Risco de falha humana e de fraudes". De acordo com o porte e complexidade da cooperativa, consideramos o procedimento executado satisfatório, em que destacamos a contratação de empresas com conhecimento comprovado na área cooperativista, sendo mantidos contratos atualizados com as mesmas.
Art. 23, III	Infraestrutura de TI que assegure integridade, segurança e disponibilidade dos dados relativos ao gerenciamento de riscos;	Conforme. Política interna trata sobre a gestão dos riscos, e no ponto "IV. Risco de tecnologia" sobre os processos relativos à infraestrutura de TI, com os procedimentos a serem realizados com vista a salvaguarda de dados.

		Os demais processos relacionados à segurança estão relacionados no "Manual de Segurança da Informação".
Art. 23, IV	Política de continuidade de negócios.	Conforme. Está anexa ao "Manual de Controles Internos" tópico 7.
Art. 23, § 2º I	Identificação e documentação dos processos críticos de negócio;	Conforme. A cooperativa considera que: "Sistemas críticos são sistemas cuja inoperabilidade implica em perdas irreversíveis financeiro, jurídico ou de imagem da cooperativa [...]".
Art. 23, § 2º II	Estratégias para assegurar a continuidade das atividades da instituição e limitar perdas decorrentes da interrupção dos processos críticos de negócio;	Conforme. O ponto é abordado na Política de Continuidade de Negócios.
Art. 23, § 2º III	Plano de continuidade de negócios que estabeleça procedimentos para reinício e recuperação das atividades em caso de interrupção dos processos críticos de negócio.	Conforme. O Plano de Continuidade de Negócios relata as tarefas a serem realizadas para garantir o reinício das operações.

Identificamos que a Política interna apresenta alinhamento satisfatório em relação as determinações do BCB.

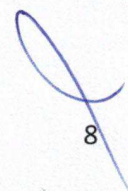
A seguir, para atestar a efetividade no cumprimento de rotinas, estabelecemos como teste os procedimentos adotados em relação ao risco legal e de tecnologia.

Amostra 1: rotina de backups, vinculado ao risco de tecnologia
Procedimento de Auditoria: Inspeção

A norma interna da cooperativa determina a realização de *backups* semanais e mensais, sendo que as informações do mês corrente são armazenadas através de *backups* semanais, e após transcorrido o mês, as informações são compiladas num arquivo mensal.

Desta forma solicitamos evidências sobre os mesmos e identificamos que no mês de Maio 2020 foram realizados *backups* semanais, em dias alternados. Já quanto aos *backups* mensais, inspecionamos o procedimento através das amostras apresentadas que correspondem ao 1º quadrimestre de 2020 e não identificamos incoerência quanto ao procedimento.

O procedimento realizado é consistente e se enquadra dentro do estabelecido pela cooperativa, mitigando assim o risco de possíveis perdas nos bancos de dados.



Amostra 2: validação de certidões negativas, PCMSO e PPRA vinculados ao risco legal

Procedimento de Auditoria: Inspeção

Entre as ações relativas ao gerenciamento do risco legal estão o pagamento de impostos e contribuições nas datas de vencimento, além do cumprimento das legislações pertinentes.

Nesse aspecto solicitamos as respectivas certidões negativas e também o PCMSO e PPRA, que devem ser atualizados anualmente, além dos atestados de saúde ocupacional que devem ser atualizados bienalmente. Apresentamos o resultado a seguir:

Certidão/	Emissão	Validade	Situação
CND Federal	31/03/2020	27/09/2020	OK
CRF FGTS	28/05/2020	08/07/2020	OK
CND Trabalhista	28/05/2020	23/11/2020	OK
CND Estadual	-	-	-
CND Municipal	-	-	-

As certidões apresentadas indicam a ausência de pendências da cooperativa com os respectivos órgãos governamentais, sendo que em relação a estadual fomos informados que a cooperativa é isenta e quanto a municipal, que a mesma está situada em uma sala emprestada, dentro das dependências da Indústria de Papéis Sudeste.

Documento	Emissão	Observação	Situação
ASO	17/05/2019	Relativo a colaboradora Daiana Campos Rodrigues	OK
PCMSO	06/2019	Em vigência até 06/2020	OK
PPRA	01/2016	Fora do prazo e sem assinaturas do responsável pela cooperativa e técnica.	NOK

Identificamos que o PPRA apresentou irregularidades, sendo que a responsável já sinalizou a busca pela adequação do mesmo.

Achado de Auditoria:

PPRA sem assinaturas e com data de validade expirada.

Recomendação Registrada:

Buscar a atualização e validação do PPRA.

1.2.4 Política do Risco de Crédito

A Resolução 4.606/2017 estabelece critérios e definições que devem ser elencados na estrutura simplificada de gerenciamento de risco, e nesse sentido, avaliamos os

pontos relacionados ao risco de crédito, demonstrando no quadro a seguir a adequação quanto à Política interna da cooperativa:

Capitulação	Resolução 4.606/2017	Política interna
Art. 26, I	O gerenciamento de exposições com características semelhantes, tanto em nível individual quanto em nível agregado, abrangendo aspectos como fontes significativas do risco de crédito, identificação da contraparte ou do interveniente e da forma de agregação das exposições;	Conforme. O ponto está relacionado no "Manual de Gerenciamento de Risco de Crédito".
Art. 26, II	A identificação dos fatores de risco significativos para fins do gerenciamento do risco de concentração, segundo critérios definidos pela própria instituição;	Conforme. O "Manual de Gerenciamento de Risco de Crédito" trata sobre o risco de concentração e determina os fatores significativos, conforme critérios da instituição.
Art. 26, III	Gerenciamento do risco de crédito das exposições não contabilizadas no balanço patrimonial da instituição; (grifo nosso)	Não conforme. Não evidenciamos tratativa sobre o ponto.
Art. 26, IV	Observada a regulamentação contábil em vigor, mecanismos para que os níveis de provisionamento sejam suficientes em face do risco de crédito incorrido pela instituição;	Conforme. A mesma cita que utiliza o sistema da empresa Prodaf para a classificação do risco, seguindo assim os níveis conforme a Resolução 2.682/1999.
Art. 26, V, a	Análise prévia, realização e repactuação de operações sujeitas ao risco de crédito;	Conforme. O documento interno cita que as operações renegociadas seguem as regras contidas na Política de Crédito, entre a qual está a aprovação da operação.
Art. 26, V, b	Coleta e documentação das informações necessárias para a completa compreensão do risco de crédito envolvido nas operações;	Conforme. O "Manual e Política de Crimes Contra Lavagem de Dinheiro" faz menção sobre a coleta e registro de informações tempestivas sobre associados, delimitando quais são os documentos a serem considerados.
Art. 26, V, c	Deteção de indícios e adoção de providências relativas à deterioração da qualidade creditícia da contraparte; (grifo nosso)	Parcialmente conforme. Identificamos abordagem sobre a deterioração da qualidade creditícia, contudo não há definição com clareza dos processos adotados nesse sentido.
Art. 26, V, d	Cobrança e recebimento de créditos;	Conforme. Os critérios estão claramente definidos na Política de Recuperação de Crédito.

Art. 26, V, e	Recuperação de exposições caracterizadas como ativos problemáticos, nos termos do art. 27;	Conforme. Os critérios estão definidos em "Gestão de Ativos Problemáticos".
Art. 26, VI	Critérios e procedimentos para identificação, monitoramento e controle de exposição caracterizada como ativo problemático, nos termos do art. 27;	Conforme. Os critérios de identificação estão relacionados no ponto que trata sobre os ativos problemáticos, destacando que o principal monitoramento e controle, acontece através das reuniões do conselho administrativo.
Art. 26, VII	Documentação e armazenamento de informações referentes às perdas associadas ao risco de crédito, incluindo aquelas relacionadas à reestruturação, nos termos do art. 25, § 1º, inciso II, e à recuperação de crédito.	Conforme. A Política interna define que: "Quando houver a recuperação ou reestruturação de créditos, será necessário estabelecer ou revisar procedimentos, documentação e o armazenamento das informações referentes às perdas associadas ao risco de crédito."

Conforme destacamos, diversos pontos da Política interna apresentam conformidade com a legislação vigente, no entanto, é desejável que sejam realizadas adequações, visando inserir os pontos até então não abrangidos.

Os itens mencionados acima, consideraram o aspecto formal, ou seja, a formalização da Política, em que não adentramos na efetividade da realização dos mesmos. Para atestar a efetividade no cumprimento de rotinas, estabelecemos como teste os níveis de provisionamento e concentração da carteira, além das tratativas sobre os ativos problemáticos.

Amostra 1: Consistência sobre a classificação dos níveis de provisionamento das operações de crédito

Procedimento de Auditoria: Inspeção e recálculo

Diante das informações apresentadas no balancete de 04/2020 e demais relatórios gerenciais, constatamos que no mês a carteira total de empréstimos foi de R\$ 560.461,36, não sendo identificados atrasos, ou seja, a totalidade da carteira está classificada em nível "A". Conforme Resolução 2.682/1999 as operações classificadas nesse nível devem ter provisão de 0,5% o que representa R\$ 2.802,30, valor igualmente registrado pela cooperativa. Sendo assim não identificamos inconsistência nessa análise.

Amostra 2: Risco de concentração vinculado aos maiores devedores

Procedimento de Auditoria: Inspeção e recálculo

O Manual de Gerenciamento de Risco de Crédito cita quanto ao risco de concentração:

O risco de concentração é entendido como a possibilidade de perdas associadas a exposições:

[...]

V - Maior devedor superior à 10% do PRS5 e os 20 maiores devedores superior a 50% do PRS5.

Com base nas informações gerenciais recebidas através dos relatórios internos, demonstramos:

Matrícula	Associado	Saldo devedor	% PRS5
2632-8	Silvia Regina de Souza Mendonça	17.793,85	2,50%
1805-8	Sandro Delgado de Paula	12.193,67	1,71%
940-7	João Ferreira Lopes	10.559,26	1,48%
1593-8	Pedro André Nascimento Chagas	10.421,95	1,47%
818-4	Helani Aparecida de Castro	10.213,04	1,44%
1952-6	Vera Heloisa F. Trindade	9.732,40	1,37%
1282-3	Luiz Fellipe Fonseca Mendes	9.235,29	1,30%
2093-1	Ruteval Geraldo de Paula	8.776,20	1,23%
831-1	Heverton Robson Aparecido Rodrigues	7.480,13	1,05%
247-0	Aroldo Inacio da Silva	7.408,20	1,04%
850-8	Isaias de Paula da Silva	6.859,23	0,96%
597-5	Emilson Antonio Nascimento	6.836,31	0,96%
565-7	Eliezer da Silva Filho	6.830,58	0,96%
407-3	Daiana Campos Rodrigues	6.456,00	0,91%
2132-6	Adriana Costa Souza Hott	6.173,91	0,87%
114-7	Alexandre Walles Gonçalves	6.021,69	0,85%
560-6	Elias Ferreira da Costa	6.001,28	0,84%
1251-3	Luisa Maria de Souza	5.658,99	0,80%
2174-1	João Ricardo Ventura	5.578,59	0,78%
2445-7	Diogo da Silva Siqueira	5.556,58	0,78%
20 Maiores		165.787,15	23,30%
Total Carteira		560.461,36	-

Através da DLO 04/2020 constatamos que o PRS5 foi de R\$ 711.381,22, sendo assim, o maior devedor e os 20 maiores, corresponderam a 2,50% e 23,30%, respectivamente, não apresentando inconsistência quanto aos limites internos.

Amostra 3: Tratamento adotado em relação aos ativos problemáticos

Procedimento de Auditoria: Indagação

A Política de Gerenciamento do Risco de Crédito trata sobre a definição e demais acompanhamentos em relação aos ativos problemáticos, com destaque ao monitoramento em reunião do Conselho de Administração.

Conforme relatos, o acompanhamento dessas situações acontece durante o fechamento mensal em que se identifica ou não a ocorrência de situações com vencimento superior a 90 dias e/ou indicativo que o cooperado não terá condições de cumprir com a obrigação.

Após identificar operações que se enquadrem na situação acima mencionada, a mesma é levada à reunião do Conselho de Administração, sendo que, segundo relatos, até o momento não houveram situações nesse sentido, visto que mais de 95 % da carteira apresenta desconto em folha.

Para demonstrar o procedimento acima descrito, apresentamos trecho da Ata nº 03 – 2020 do Conselho de Administração:

Gestão de Risco de Crédito			
	Total de Provisão	Carteira	PR
			598.225
Exposição por Cliente	50 > tomadores	50,17%	42,96%
	20 > tomadores	28,91%	24,74%
	Partes Relacionadas	8,67%	8,26%
	> tomador	3,18%	2,72%
	Inadimplência > 90 dias	0,00%	0,00%
Grupos Econômicos	Não foram identificados associados com movimentação no mesmo grupo econômico.		
Ressalvas / Exceções	Não houve exceções registradas no período		

O procedimento adotado está alinhado com as normas internas e permite de forma satisfatória a gestão dos ativos problemáticos da cooperativa.

Achado de Auditoria:

Política específica não aborda todos os pontos pertinentes relativos ao risco do crédito;

Recomendação Registrada:

Atualizar Política de Gerenciamento Contínuo de riscos, elencando para o risco do crédito os pontos relacionados, conforme determina o art. 26 da Resolução 4.606/2017;

1.2.5 Política do Risco SocioAmbiental

A Resolução 4.327/2014 estabelece as diretrizes que devem ser elencadas para fins do risco socioambiental, ao qual correlacionamos com a Política interna e apresentamos:

Capitulação	Resolução 4.327/2014	Política interna
Art. 2.	A PRSA deve conter princípios e diretrizes que norteiem as ações de natureza socioambiental nos negócios e na relação com as partes interessadas;	Conforme. A Política apresenta claramente definidos os princípios e diretrizes.
Art. 2. § 5º	A PRSA deve ser objeto de avaliação a cada cinco anos por parte da diretoria e,	Conforme.

	quando houver, do conselho de administração;	O documento está anexo ao "Manual de Controles Internos" que passou por revisão em 04/2020.
Art. 6, I	Sistemas, rotinas e procedimentos que possibilitem identificar, classificar, avaliar, monitorar, mitigar e controlar o risco socioambiental presente nas atividades e nas operações da instituição; (grifo nosso)	Parcialmente conforme. Constatamos abordagens superficiais, ou seja, não há definição objetiva sobre os sistemas, rotinas e procedimentos a serem executados para atender o ponto.
Art. 6, II	Registro de dados referentes às perdas efetivas em função de danos socioambientais, pelo período mínimo de cinco anos, incluindo valores, tipo, localização e setor econômico objeto da operação;	Conforme. Ponto relacionado no item "XI" da Governança e Responsabilidades.
Art. 6, III	Avaliação prévia dos potenciais impactos socioambientais negativos de novas modalidades de produtos e serviços, inclusive em relação ao risco de reputação; e (grifo nosso)	Não conforme. Não identificamos análise relacionada aos impactos socioambientais, apesar de haver análise no sentido de PLD/FT
Art. 6, IV	Procedimentos para adequação do gerenciamento do risco socioambiental às mudanças legais, regulamentares e de mercado.	Conforme. O ponto é tratado de forma sucinta através das medidas aplicáveis a Governança e Responsabilidades, e também relacionado a atualização desta Política.

Apesar da PRSA ser bastante satisfatória, indicamos alguns pontos que podem ser aprimorados, contribuindo assim para os processos e rotinas desempenhados pela cooperativa.

No sentido de atestar a efetividade no cumprimento de rotinas, estabelecemos como teste a elaboração do plano de ação visando a implementação da PRSA.

Amostra: Plano de ação visando a implementação da PRSA na cooperativa
Procedimento de Auditoria: Indagação

A Resolução 4.327/2014 no artigo 9º, define:

As instituições mencionadas no art. 1º devem estabelecer plano de ação visando à implementação da PRSA.
*Parágrafo único. O plano mencionado no caput deve definir as **ações** requeridas **para a adequação da estrutura** organizacional e operacional da instituição, se necessário, bem como as **rotinas e os procedimentos a serem executados** em conformidade com as diretrizes da política, segundo cronograma especificado pela instituição. (grifo nosso)*

Como resposta, obtivemos a informação que a instituição não elaborou plano de ação para a PRSA, mas que já implementou as ações voltadas a esta área, onde as ações cotidianas desenvolvidas e relacionadas a esta área são acompanhadas mensalmente pelo Conselho de Administração.

Sendo assim, analisamos as atas do último trimestre, em que destacamos a distribuição de marmitas aos associados, como brinde em forma de incentivar o consumo sustentável e econômico através das embalagens reutilizáveis.

Também fomos informados que em 2019 houve a entrega de *squeezers* e *folders*, como brindes aos associados.

É notório que a cooperativa desenvolve ações em sua rotina e que há o registro sobre o acompanhamento realizado pelo Conselho de Administração. Contudo, salientamos que os procedimentos já realizados e também as demais ações rotineiras e ininterruptas, principalmente relacionadas ao uso consciente de recursos, podem fazer parte do plano de ação, contribuindo ainda mais para o alinhamento da cooperativa a norma vigente.

Achado de Auditoria:

- ✚ PRSA não delimita todos os pontos conforme prevê a legislação vigente;
- ✚ Ausência de plano de ação visando a implementação da PRSA.

Recomendação Registrada:

- ✚ Atualizar PRSA abrangendo os pontos da Resolução 4.327/2014;
- ✚ Elaborar plano de ação visando a implementação da PRSA, disponibilizando o mesmo a aprovação pela Diretoria e pelo Conselho de Administração.

2. A OBSERVÂNCIA AO ARCABOUÇO LEGAL, À REGULAMENTAÇÃO INFRALEGAL, ÀS RECOMENDAÇÕES DOS ORGANISMOS REGULADORES E AOS CÓDIGOS INTERNOS APLICÁVEIS AOS MEMBROS DO QUADRO FUNCIONAL DA INSTITUIÇÃO

2.1 Políticas Obrigatórias

Elencamos abaixo o quadro de Manuais, Códigos e Políticas internas da CREDESTE, salientando que todos os respectivos estão compilados no “Manual de Controles Internos”:

Tópico	Conteúdo
1	Manual de Controles Internos
1.1	Política de Controles Internos
2	Estrutura de Controles Internos
3	Organograma
4	Regimento Interno

4.1	Regimento Assembleia Geral
4.2	Regimento Conselho de Administração Diretoria Executiva e Conselho Fiscal
4.3	Regimento Colaboradores
4.4	Regimento Cooperados
4.5	Regimento Fates
5	Código de Ética e de Conduta Profissional
5.1	Política de Relacionamento com Clientes e Usuários
6	Política de Sucessão de Administradores
6.1	Plano de Sucessão de Administradores
7	Política de Continuidade de Negócios
7.1	Plano de Contingência
8	Manual de Gerenciamento de Risco de Crédito
8.1	Política de Gerenciamento do Risco de Crédito
8.2	Política de Crédito
8.3	Política de Recuperação de Crédito
9	Manual de Gerenciamento de Risco de Mercado
10	Manual de Gerenciamento de Risco Operacional
10.1	Política de Gerenciamento de Risco Operacional
11	Manual de Gerenciamento de Risco de Liquidez
11.1	Plano de Contingência nas Ocorrências de Liquidez
12	Manual de Gerenciamento de Capital
12.1	Plano de Capital e Plano de Contingência de Capital
13	Política de Responsabilidade Sócio Ambiental PRSA
14	Manual e Política de Crimes Contra Lavagem de Dinheiro
15	Manual de Segurança da Informação
15.1	Política de Segurança Cibernética
16	Política de Gestão de Pessoas e de Treinamento
16.1	Programa de Treinamento de Dirigentes e Colaboradores
17	Regulamento da Atividade de Auditoria Interna
18	Política de Conformidade (<i>Compliance</i>)
19	Ouvidoria
20	Política de Canal de Denúncias
21	Política de Gestão de Serviços Terceirizados

Os documentos acima relacionados evidenciam o alinhamento da CREDESTE as principais normas vigentes, apresentando quadro satisfatório de Manuais e Políticas, contendo as principais delimitações em relação as ações cotidianas da cooperativa.

Ainda constatamos que o documento, que compila todos os demais, passou por revisão em 04/2020.

Apesar disso, não identificamos a existência de Política de Governança Corporativa conforme determina a Resolução 4.434/2015.

Achado de Auditoria:

Ausência de Política de Governança Corporativa;

Recomendação Registrada:

Elaborar Política de Governança Corporativa conforme resolução 4.434/2015.

2.2 Prevenção Lavagem de Dinheiro

A CREDESTE mantém instituído “Manual e Política de Crimes contra Lavagem de Dinheiro” cujo diretor responsável, com cadastro no UNICAD, é Luiz Fellipe Fonseca Mendes.

Em relação a Política de PLD/FT, a auditoria interna de 2019 recomendou algumas melhorias visando a total adequação do documento com base na legislação vigente.

A respectiva Política está integrada ao “Manual de Controles internos”, que passou por revisão em 04/2020, e desta forma, verificaremos a adequação em relação aos pontos antes indicados em não conformidade, com base na Circular 3.461/2009:

Item	Recomendação Auditoria 2019	Status
1	Atualizar a Política de PLD, principalmente na questão de mensurar valor correto pela Circular 3.461/2009, ou seja, para movimentações acima de R\$ 50.000,00 é necessária comunicação ao COAF, e não R\$ 100.000,00 conforme mencionado na referida Política.	Parcialmente ajustado. Constatamos que o conteúdo foi parcialmente ajustado, sendo que na página 95 do respectivo Manual ainda constam informações desalinhadas com o que cita a Resolução 3.461/2009. A responsável está ciente do fato e realizará a adequação.
2	Implementar na Política de PLD, periodicidade da atualização cadastral, bem como da realização dos treinamentos voltados a PLD.	Conforme. Identificamos que o ponto foi ajustado, citando: “ <i>Para manutenção contínua do cadastro de associados será solicitado à apresentação de comprovante de residência e emitido a renovação da ficha cadastral, anualmente. O comprovante de renda e vínculo com as empresas conveniadas será solicitado a cada movimentação do associado para com a cooperativa.</i> ” (grifo nosso). Quanto a periodicidade da realização de treinamentos consideramos o trecho que cita sobre a responsabilidade da cooperativa em: “ <i>Desenvolver, implantar e acompanhar o plano anual de treinamento.</i> ” Apesar disso, não identificamos elaboração de tal plano para o ano de 2020.
3	Controlar e monitorar as movimentações acima de R\$ 10.000,00, bem como operações e e/ou transações suspeitas, apreciando esses documentos de controles inclusive em reuniões do Conselho de Administração.	Conforme. O procedimento foi implantado pela cooperativa em sua rotina, apesar de não haver controle de dados específico para este fim.

Constatamos que a cooperativa considerou os pontos indicados pela auditoria interna em 2019, sendo que, a adequação relacionada a atualização de trecho da Política que contém informação desalinhada com a norma vigente, será ajustado na próxima atualização do documento.

Salientamos também que o BCB emitiu a Circular 3.978/2020 acrescentando novas diretrizes quanto a gestão da PLD/FT. A norma entrará em vigor a partir de 01/10/2020, e deve a cooperativa observar os aspectos pertinentes, atualizando as rotinas internas e também a Política de PLD/FT, conforme as novas diretrizes.

2.2.1 Procedimentos de monitoramento e seleção de operações atípicas e análise para eventual comunicação ao COAF

O controle e gerenciamento de situações consideradas suspeitas e/ou atípicas são registrados através das atas do Conselho de Administração. Sendo assim, apontamos a tratativa do último trimestre:

Gerenciamento de Risco Operacional / Prevenção à Lavagem de Dinheiro	
Registro de Transações ou Operações Suspeitas	Não foram identificadas ocorrências no período.
Movimentações acima de R\$: 10 mil reais.	Não foram registradas movimentações ou ocorrências atípicas no período.

Conforme demonstrado, não houveram situações e/ou movimentações consideradas atípicas, segundo os critérios da cooperativa, neste período.

Em relação aos critérios adotados pela cooperativa, são analisadas as movimentações com valores superiores a R\$ 10.000,00, além de quitações e antecipações de contratos.

Segundo informações, não há um controle específico, pois, os recursos recebidos ocorrem via transferência eletrônica, e desta forma é possível identificar os casos que se enquadram nas situações que a cooperativa monitora. Ainda, recebemos como resposta que as exceções relacionadas a quitações e antecipações de contratos, ocorrem eventualmente e em valores considerados pequenos, ou insignificantes, pela própria cooperativa.

Salientamos que os procedimentos devem considerar também outras análises afim de garantir maior consistência e efetividade quanto ao monitoramento e identificação de situações atípicas, como exemplo, citamos a avaliação de PPE, operações incompatíveis com a renda do associado, diversas movimentações consecutivas, entre outras e que estas devem ser mantidas a disposição do BCB, inclusive com os documentos que embasam as análises.

No ano de 2019 a cooperativa não comunicou nenhuma ocorrência ao COAF, ou seja, isso significa que não houveram situações atípicas de propostas, transações

ou operações passíveis de serem comunicadas ao órgão, apresentando assim a "Comunicação de não ocorrência – CNO" em 10/01/2020.

2.2.2 Atualização cadastral das informações

Os processos implementados pela cooperativa visam a atualização cadastral das informações de seus associados, considerando a periodicidade anual. A atualização das informações salariais ocorre na medida que são firmados os acordos coletivos das empresas integrantes do grupo, e as demais informações são atualizadas mediante presença do associado na cooperativa.

Partindo dessa premissa, observamos o que cita a Circular 3.461/2009:

Art. 2º As instituições mencionadas no art. 1º devem coletar e manter atualizadas as informações cadastrais de seus clientes permanentes, incluindo, no mínimo:

I - qualificação do cliente:

a) pessoas naturais: nome completo, filiação, nacionalidade, data e local do nascimento, documento de identificação (tipo, número, data de emissão e órgão expedidor) e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); e
[...]

II - endereços residencial e comercial completos;

III - número do telefone e código de Discagem Direta a Distância (DDD);

IV - valores de renda mensal e patrimônio, no caso de pessoas naturais, e de faturamento médio mensal referente aos doze meses anteriores, no caso de pessoas jurídicas; e

V - declaração firmada sobre os propósitos e a natureza da relação de negócio com a instituição

§ 5º As instituições mencionadas no art. 1º devem realizar testes de verificação, com periodicidade máxima de um ano, que assegurem a adequação dos dados cadastrais de seus clientes.

Sendo assim, selecionamos algumas fichas cadastrais e inspecionamos as informações contidas nas mesmas em contrapartida ao que determina o trecho acima citado:

Matrícula	Data atualização	I	II	III	IV	V	Legenda
2632-8	02/01/2020	NOK	OK	NOK	OK	OK	a, f
1805-8	26/09/2019	NOK	OK	NOK	OK	OK	b, g
940-7	01/10/2019	NOK	OK	NOK	OK	OK	b, g
1593-8	30/09/2019	OK	OK	NOK	OK	OK	g
818-4	29/05/2020	NOK	OK	NOK	OK	OK	b, g
1952-6	01/11/2019	NOK	NOK	NOK	OK	OK	a, b, d, e, f
1282-3	26/09/2019	NOK	NOK	NOK	OK	OK	e, c, g
2093-1	29/05/2020	OK	OK	NOK	OK	OK	g
831-1	03/02/2020	NOK	OK	NOK	OK	OK	b, g
247-0	04/05/2020	NOK	OK	NOK	OK	OK	b, g

A análise acima considerou as informações constantes na ficha de matrícula, além da declaração de propósito apresentada, não sendo assim analisadas demais bases de dados possivelmente mantidas pela cooperativa.

- a) Documento de Identidade não preenchido;
- b) Naturalidade com preenchimento incorreto;
- c) Ausência de informação sobre a naturalidade;
- d) Filiação não informada;
- e) Endereço comercial não preenchido;
- f) Ausência de número telefônico;
- g) Número telefônico sem a informação do DDD.

Identificamos algumas ausências de informações e/ou informações com preenchimento incorreto, conforme indicado acima. Ainda, ressaltamos a questão patrimonial, em que, para nenhuma das fichas foi constatado esse preenchimento. Sendo assim, partimos do pressuposto que os associados em questão não apresentam bens, destacando ainda, que se o associado possuir bens, deve obrigatoriamente constar essa informação, conforme determina o item IV do artigo 2º da Circular 3.461/2009.

2.2.3 Critérios e procedimentos para treinamento dos colaboradores e/ou envolvidos na PLD

Quanto aos critérios definidos para o treinamento de colaboradores, a CREDESTE possui "Política de Gestão de Pessoas e de Treinamento" abordando sobre o recrutamento, seleção, desenvolvimento e manutenção das pessoas, além de demais aspectos correlacionados.

A partir dos certificados recebidos, constatamos que os seguintes colaboradores realizaram curso relacionado a PLD/FT:

Nome	Data de Conclusão
Daiana Campos Rodrigues	22/10/2018
Pedro André Nascimento Chagas	29/10/2018
Luiz Fellipe Fonseca Mendes	25/10/2018

Os cursos acima relacionados foram realizados através da plataforma on-line da Uniedudar- Universidade Corporativa, sendo assim evidenciado a atualização dos mesmos sobre a área de PLD/FT.

Oportunidade de Melhoria:

Atualizar a ficha de matrícula dos associados, considerando o preenchimento completo das informações, observando as determinações do BCB.

Achados de Auditoria:

- ✦ A Política de PLD, contém informações desatualizadas, principalmente em relação a comunicação ao COAF, que cita valores a partir de R\$ 100.000,00, sendo que se deve atentar para movimentações acima de R\$ 50.000,00;
- ✦ Ausência de Plano e/ou cronograma de treinamentos para 2020;
- ✦ Procedimentos de monitoramento de situações atípicas são limitados.

Recomendações Registradas:

- ✦ Atualizar a Política de PLD/FT quanto aos pontos que apresentam trechos desatualizados em relação a Circular 3.461/2009, considerando também as adequações relacionadas a Circular 3.978/2020;
- ✦ Elaborar Plano anual de treinamentos relacionando os objetivos e assuntos, considerando os aspectos da PLD/FT, entre outros pertinentes as áreas de negócio da cooperativa;
- ✦ Ampliar os critérios de monitoramento para situações consideradas atípicas, documentando através de planilhas e/ou relatórios os casos identificados, deixando os mesmos a disposição do BCB pelo prazo determinado.

2.3 Segurança Cibernética

Neste tópico abordaremos o enquadramento da CREDESTE quanto a sua estrutura de segurança cibernética, considerando a Resolução 4.658/2018.

Para isso avaliamos a efetividade da “Política de Segurança Cibernética”, assim como alguns procedimentos correspondentes a área, em contraposto a Resolução vigente:

Capitulação	Resolução 4.658/2018	Política interna
Art. 3, I	Os objetivos de segurança cibernética da instituição;	Conforme. Política estabelece os objetivos claramente.
Art. 3, II	Os procedimentos e os controles adotados para reduzir a vulnerabilidade da instituição a incidentes e atender aos demais objetivos de segurança cibernética;	Conforme. Política estabelece os procedimentos e controles claramente.
Art. 3, III	Os controles específicos, incluindo os voltados para a rastreabilidade da informação, que busquem garantir a segurança das informações sensíveis;	Conforme. Política aborda sobre os controles no tópico “Processo de Segurança da Informação”.
Art. 3, IV	O registro, a análise da causa e do impacto , bem como o controle dos efeitos de incidentes relevantes para as atividades da instituição; (grifo nosso)	O ponto é abordado no tópico “Gerenciamento de Incidentes”.
Art. 3, V, a	A elaboração de cenários de incidentes	Conforme.

	considerados nos testes de continuidade de negócios;	Através do Plano de Contingência, observamos que são descritos os diversos cenários de incidentes, como também as medidas a serem adotadas.
Art. 3, V, b	A definição de procedimentos e de controles voltados à prevenção e ao tratamento dos incidentes a serem adotados por empresas prestadoras de serviços a terceiros que manuseiem dados ou informações sensíveis ou que sejam relevantes para condução das atividades operacionais da instituição; (grifo nosso)	Não conforme. Não identificamos abordagem sobre a tratativa na "Política de Segurança Cibernética", nem em outras Políticas correlacionadas aos serviços terceirizados.
Art. 3, V, c	A classificação dos dados e das informações quanto à relevância;	Conforme. Destacamos que, conforme classificação descrita na Política, os dados e informações são classificados em: restrita, confidencial, interna e pública.
Art. 3, V, d	A definição dos parâmetros a serem utilizados na avaliação da relevância dos incidentes;	Conforme. Correlacionado ao tópico acima, os parâmetros são considerados a partir da necessidade da informação, compartilhamento ou restrição e os impactos da utilização indevida sobre a mesma.
Art. 3, VI, a	A implementação de programas de capacitação e de avaliação periódica de pessoal;	Conforme. Citamos trecho da Política: "A cooperativa promove a disseminação dos princípios e diretrizes de Segurança da Informação por meio de programas de conscientização e capacitação, com o objetivo de fortalecer a cultura de Segurança da Informação."
Art. 3, VI, b	A prestação de informações a clientes e usuários sobre precauções na utilização de produtos e serviços financeiros;	Não conforme. Não há abordagem sobre o tema.
Art. 3, VI, c	O comprometimento da alta administração com a melhoria contínua dos procedimentos relacionados com a segurança cibernética; e (grifo nosso)	Parcialmente conforme. Apesar de ser implícito o comprometimento a alta administração através dos processos realizados, não identificamos tratativa sobre o mesmo.
Art. 3, VII	As iniciativas para compartilhamento de informações sobre incidentes relevantes , mencionadas no inciso IV, com as demais instituições referidas do artigo 1º; (grifo nosso)	Não conforme. Não identificamos abordagem sobre o ponto.
Art. 4.	A política de segurança cibernética deve ser divulgada aos funcionários da instituição e às empresas prestadoras de	Conforme. A mesma prevê sobre a disseminação

	serviços a terceiros, mediante linguagem clara, acessível e em nível de detalhamento compatível com as funções desempenhadas e com a sensibilidade das informações	dos princípios e diretrizes, sendo que o documento está disponível no site da cooperativa.
Art. 5.	As instituições devem divulgar ao público resumo contendo as linhas gerais da política de segurança cibernética.	Conforme. Como mencionamos no tópico anterior, a Política está divulgada no site da CREDESTE, acessível assim aos interessados.
Art. 6.	As instituições referidas no art. 1º devem estabelecer plano de ação e de resposta a incidentes visando à implementação da política de segurança cibernética.	Parcialmente conforme. Apesar de não haver plano de ação específico, consideramos que o plano de contingência e também a própria Política de Segurança Cibernética, estabelecem os pontos relacionados a resposta a incidentes, inclusive os correlacionados a segurança cibernética.
Art. 7.	As instituições referidas no art. 1º devem designar diretor responsável pela política de segurança cibernética e pela execução do plano de ação e de resposta a incidentes.	Conforme. Constatamos o cadastro de Pedro André Nascimento Chagas.
Art. 8	As instituições referidas no art. 1º devem elaborar relatório anual sobre a implementação do plano de ação e de resposta a incidentes, mencionado no art. 6º, com data base de 31 de dezembro.	Parcialmente conforme. Apesar de não haver a elaboração de relatório individual, através de informações recebidas, fomos indicados que o tema é abordado conjuntamente no "Relatório de Controles Internos e Compliance".
Art. 9	A política de segurança cibernética referida no art. 2º e o plano de ação e de resposta a incidentes mencionado no art. 6º devem ser aprovados pelo conselho de administração ou, na sua inexistência, pela diretoria da instituição.	Conforme. Identificamos que o documento, que está anexo ao "Manual de Controles Internos", passou por aprovação recentemente. Quanto ao plano de ação, conforme já mencionado em tópicos acima, o mesmo não foi elaborado.
Art. 10	A política de segurança cibernética e o plano de ação e de resposta a incidentes devem ser documentados e revisados, no mínimo, anualmente.	Conforme. Constatamos que a Política passou por revisão em 04/2020.

A análise acima indica que a Política interna apresenta adequação satisfatória em relação aos pontos exigidos pelo BCB, sendo apontadas algumas possibilidades de melhorias. Salienciamos que a análise considerou o aspecto documental, não adentrando na eficiência dos processos a serem realizados.

Além dos assuntos acima relacionados e que se referem a Política interna, a Resolução 4.658/2018 define requisitos para a contratação de serviços de processamento e armazenamento de dados e de computação em nuvem. Conforme definição da própria cooperativa, a mesma não faz uso desse serviço pois considera o porte da entidade pequena, não sendo assim viável tal contratação.

Achado de Auditoria:

Política de Segurança Cibernética não contempla todos os pontos conforme legislação vigente.

Recomendação Registrada:

Atualizar Política de Segurança Cibernética considerando os pontos em não conformidade, alinhando a mesma com a Resolução 4.658/2018.

2.4 Política Relacionamento com Clientes e Usuários

A CREDESTE possui "Política de Relacionamento com Clientes e Usuários", que retrata os procedimentos e controles internos destinados a cumprir as determinações da Resolução 4.539/2016.

Com base na legislação vigente, buscamos realizar um comparativo entre as premissas requisitadas pelo BCB e as tratativas internas expostas na Política implementada pela cooperativa, além dos demais processos executados.

Demonstramos abaixo as verificações:

Capitulação	Resolução 4.539/2016	Política interna
Art. 4, §1, I	Ser aprovada pelo conselho de administração ou, na sua ausência, pela diretoria da instituição;	Conforme. Política passou por revisão e aprovação em 04/2020.
Art. 4, §1, II	Ser objeto de avaliação periódica;	Conforme. Como indicado no tópico acima, a revisão ocorreu durante o presente ano.
Art. 4, §1, III	Definir papéis e responsabilidades no âmbito da instituição;	Conforme. Apesar de não haver definição segregada por função, estão definidos os papéis e responsabilidades, de forma geral.
Art. 4, §1, IV	Ser compatível com a natureza da instituição e com o perfil de clientes e usuários, bem como com as demais políticas instituídas;	Conforme. Considerando o porte e complexidade da cooperativa, a Política é compatível.
Art. 4, §1, V	Prever programa de treinamento de empregados e prestadores de serviços que desempenhem	Parcialmente conforme. A cooperativa possui "Política de Gestão de

	atividades afetas ao relacionamento com clientes e usuários;	<p>Pessoas e de Treinamento” além de “Programa de Treinamento de Dirigentes e Colaboradores” tratando sobre a educação continuada como pré-requisito para uma governança adequada. A mesma ainda cita que a cooperativa oferecerá cursos/treinamentos aos interessados, nas diversas áreas de atuação.</p> <p>Abordagem é geral e não delimita aspectos necessários ao programa como os assuntos, membros envolvidos, etc.</p> <p>É desejável que se estabeleça matriz de treinamentos claramente definida.</p>
Art. 4, §1, VI	Prever a disseminação interna de suas disposições;	<p>Conforme.</p> <p>A declaração de ciência ao código de ética e conduta profissional, integrados a “Política de Relacionamento com Clientes e Usuários” prevê a ciência e ressalta sobre a prática dos princípios contidos no documento.</p>
Art. 4, §1, VII	Ser formalizada em documento específico;	<p>Conforme.</p> <p>Está formalizada no Tópico “5.1 Política de Relacionamento com Clientes e Usuários” do Manual de Controles Internos da CREDESTE.</p>
Art. 5, I	Concepção de produtos e de serviços;	<p>Não conforme.</p> <p>Não identificamos abordagem sobre o ponto na respectiva Política, em especial as rotinas e procedimentos relacionados.</p>
Art. 5, II	Oferta, recomendação, contratação ou distribuição de produtos ou serviços;	<p>Parcialmente conforme.</p> <p>Apesar de não identificarmos tratativa sobre o tema na Política, consideramos parcialmente conforme, pois a oferta e recomendação a produtos e serviços é realizada de forma implícita na rotina da cooperativa.</p>
Art. 5, III	Requisitos de segurança afetos a produtos e a serviços;	<p>Não conforme.</p> <p>Não identificamos abordagem sobre o ponto na respectiva Política.</p>
Art. 5, IV	Cobrança de tarifas em decorrência da prestação de serviços;	<p>Não conforme.</p> <p>Não identificamos abordagem sobre o ponto na respectiva Política.</p>
Art. 5, V	Divulgação e publicidade de produtos e de serviços;	<p>Parcialmente conforme.</p> <p>Apesar de não identificarmos a definição de rotinas e procedimentos correlacionados, constatamos que no site da cooperativa são divulgados os produtos e serviços oferecidos.</p>
Art. 5, VI	Coleta, tratamento e manutenção de informações dos clientes em bases de dados;	<p>Conforme.</p> <p>Apesar de não haver menção na Política</p>

		<p>específica, há abordagem em Política diversa.</p> <p>Através de relatos, identificamos que o ponto é atendido na rotina da cooperativa através da coleta de informações cadastrais e atualizações, conforme parâmetro adotado internamente.</p>
Art. 5, VII	Gestão do atendimento prestado a clientes e usuários, inclusive o registro e o tratamento de demandas;	<p>Conforme.</p> <p>Identificamos no tópico “conduta profissional” aspectos correlacionados, contudo não há definição de rotinas e demais procedimentos estabelecidos quanto a gestão do atendimento.</p> <p>Apesar disso, constatamos que há o controle sobre as solicitações através dos agendamentos em que são avaliadas as solicitações de empréstimo.</p>
Art. 5, VIII	Mediação de conflitos;	<p>Conforme.</p> <p>Consideramos o tema atrelado a Ouvidoria da instituição que possui manual próprio e aborda sobre o ponto, onde também são elaborados relatórios correspondentes aos atendimentos realizados.</p>
Art. 5, IX	Sistemática de cobrança em caso de inadimplimento de obrigações contratadas;	<p>Conforme.</p> <p>As rotinas e procedimentos adotados estão claramente definidos na “Política de Gerenciamento do Risco de Crédito”.</p> <p>Conforme mencionamos em tópicos anteriores, a inadimplência da carteira é baixa, sendo que, após identificado situações em atraso, a cobrança é realizada durante o próprio mês, obtendo sucesso na maioria dos casos.</p>
Art. 5, X	Extinção da relação contratual relativa a produtos e serviços;	<p>Não conforme.</p> <p>Não localizamos abordagem sobre rotinas e procedimentos relacionados ao ponto.</p>
Art. 5, XI	Liquidação antecipada de dívidas ou de obrigações;	<p>Não conforme.</p> <p>Não localizamos abordagem sobre rotinas e procedimentos relacionados ao ponto.</p>
Art. 5, XII	Transferência de relacionamento para outra instituição, a pedido do cliente; e	<p>Não conforme.</p> <p>Em leitura aos documentos internos não identificamos a tratativa correspondente. Salientamos que o BCB garante o direito a transferência de relacionamento para outra instituição, mediante solicitação do usuário.</p>
Art. 5, XIII	Eventuais sistemas de metas e incentivos ao desempenho de empregados e de terceiros que atuem em seu nome;	<p>Parcialmente conforme.</p> <p>Não identificamos rotinas, procedimentos e demais formalizações sobre o ponto.</p>

		Apesar disso, através de relatos, fomos informados que são estabelecidas metas internas a serem atingidas pela equipe.
Art. 5, § 1º	Com relação ao disposto nos incisos I e II do caput, e em observância ao art. 3º, parágrafo único, inciso I, as instituições devem estabelecer o perfil dos clientes que compõem o público-alvo para os produtos e serviços disponibilizados, considerando suas características e complexidade;	Conforme. Com base nas definições do Estatuto Social, consideramos que há definição do perfil de clientes alinhada aos serviços oferecidos pela entidade.
Art. 5, § 2º	O perfil referido no § 1º deve incluir informações relevantes para cada produto ou serviço;	Conforme. As linhas oferecidas apresentam características individuais conforme a utilização, não havendo separação por perfil de clientes, visto que esse é único.
Art. 7	As instituições de que trata o art. 1º devem indicar diretor responsável pela observância do disposto nesta Resolução.	Conforme. O Diretor Responsável pela área, cadastrado no UNICAD, é Pedro André Nascimento Chagas.

O quadro acima demonstra pontos de engajamento em parte dos requisitos exigidos pelo BCB, sendo que há a possibilidade de aperfeiçoamento de outros.

Além dos aspectos acima relacionados, citamos trecho da Resolução 4.539/2016, que trata:

*Art. 6º Em relação à política institucional de relacionamento com clientes e usuários, as instituições de que trata o art. 1º devem instituir mecanismos de **acompanhamento**, de **controle** e de **mitigação de riscos** com vistas a assegurar:*

- I - a **implementação** das suas disposições;*
 - II - o **monitoramento** do seu cumprimento, inclusive por meio de **métricas e indicadores** adequados;*
 - III - a **avaliação** da sua efetividade; e*
 - IV - a identificação e a correção de eventuais deficiências.*
- [...]*

§ 2º Os dados, os registros e as informações relativas aos mecanismos de controle, processos, testes e trilhas de auditoria devem ser mantidos à disposição do Banco Central do Brasil pelo prazo mínimo de cinco anos. (grifo nosso).

Nesse aspecto, a cooperativa realiza o monitoramento sobre as situações relevantes ao negócio, ou seja, a sistemática de cobrança e também o atendimento de demandas, que são monitorados através de planilha eletrônica.

Diante disso, ponderamos que podem ser considerados demais mecanismos na rotina da cooperativa, proporcionando monitoramento e acompanhamento mais eficaz sobre os pontos relacionados ao atendimento com clientes e usuários.

Achados de Auditoria:

- ✚ Política interna não aborda sobre todos os pontos exigidos pelo BCB;
- ✚ Procedimentos de acompanhamento, controle e mitigação de riscos carecem de aprimoramento.

Recomendações Registradas:

- ✚ Atualizar Política de Relacionamento com Clientes, abordando todos os pontos determinados, conforme Resolução 4.539/2016;
- ✚ Implantar demais sistemas de acompanhamento, controle e mitigação de riscos, relacionados ao relacionamento com clientes e usuários.

2.5 Ouvidoria

Neste tópico abordaremos sobre o componente organizacional da Ouvidoria, considerando o que determina o BCB na Resolução 4.433/2015.

O estatuto social da CREDESTE faz menção sobre a Ouvidoria no capítulo VII, que delimita as atribuições da Ouvidoria, as atividades a serem prestadas, os critérios de aptidão, designação e destituição do ouvidor, além de demais definições sobre as informações dessa estrutura e também as condições a serem garantidas para o cumprimento das premissas cabíveis.

A cooperativa também apresenta em sua estrutura de Políticas, tópico "19 – Ouvidoria" estabelecendo critérios internos para a condução dos trabalhos, ao qual destacamos:

- ✓ Conceitos;
- ✓ Atribuições;
- ✓ Estrutura;
- ✓ Atividades;
- ✓ Do atendimento;
- ✓ Prazo de resposta;
- ✓ Controle de demandas;
- ✓ Obrigações;
- ✓ Elaboração de Relatório.

Todos os pontos são correlacionados aos critérios definidos pelo BCB na norma vigente.

No sentido de avaliar a eficácia sobre as demandas recebidas, analisamos os “Relatórios Semestrais sobre as Atividades da Ouvidoria” elaborados para o ano de 2019, e constatamos que os mesmos indicam que não foram registrados qualquer tipo de reclamação, crítica ou sugestão aos canais de atendimento da Ouvidoria durante o período.

Salientamos que é atribuição do Diretor Responsável pela área, Pedro André Nascimento Chagas, a elaboração do respectivo relatório.

Como não houveram demandas à Ouvidoria, definimos como procedimento para atestar o cumprimento de rotinas, a atualização de conhecimentos dos membros que fazem parte da equipe.

Amostra: atualização de conhecimentos dos membros que realizam atendimento relacionado à Ouvidoria

Procedimento de Auditoria: Inspeção

A legislação vigente prevê que a instituição deve adotar medidas para garantir que os membros do componente organizacional sejam aprovados em exames de certificação, além de realizarem atualização periódica de seus conhecimentos.

Através dos certificados que nos foram apresentados, constatamos a participação dos seguintes colaboradores em curso relacionado a área:

Nome	Data de conclusão
Leise Campos	10/12/2018
Pedro André Nascimento Chagas	29/10/2018

Os cursos foram realizados pela plataforma on-line do Portal Educação, e desta forma, demonstram a atualização dos usuários nos temas relacionados a Ouvidoria.

3. AS ATIVIDADES, OS SISTEMAS E OS PROCESSOS RECOMENDADOS OU DETERMINADOS PELO BCB, NO EXERCÍCIO DE SUAS ATRIBUIÇÕES DE SUPERVISÃO

Neste tópico abordaremos sobre os ofícios encaminhados pelo BCB à cooperativa e a tratativa tomada em relação aos mesmos.

Solicitamos os Ofícios recebidos nos últimos 6 meses e como resposta tivemos que a cooperativa não recebeu qualquer comunicação do BCB através de ofício, neste período.

4. ANÁLISE DOS CONTROLES INTERNOS

Durante a realização da auditoria interna, buscamos observar a aderência da cooperativa aos controles internos instituídos.

Classificamos o nível de aderência em três: alta, média ou baixa aderência. Os níveis possuem o seguinte escalonamento de pontuação:

Nível	Pontuação
Alto	8 a 10
Médio	5 a 7
Baixo	0 a 4

O enquadramento nos níveis atende a seguinte diretriz:

- ✚ Alta aderência: quando não há recomendações por parte da auditoria ou a recomendação indicada se refere à oportunidade de melhoria;
- ✚ Média aderência: quando há recomendação por parte da auditoria e a mesma se origina de prática inadequada;
- ✚ Baixa aderência: quando o controle não expressa o dado registrado ou quando o documento ou política não indica a internalização do critério, gerando recomendações primárias.

Cada tópico do relatório foi analisado sob essa diretriz. A pontuação e sua variação são embasadas no julgamento do auditor e em suas percepções durante a auditoria interna.

Do somatório obtido, registra-se a média, que indicará a aderência da cooperativa aos controles internos.

Considerando essa formalística, de 160 pontos possíveis, a CREDESTE atingiu 133 pontos, o que lhe confere, nesta etapa da auditoria interna média de 8,31 enquadrando sua aderência a controles internos como ALTA.

CONCLUSÃO

Os trabalhos executados por esta auditoria tiveram como embasamento a Resolução 4.588/2017, assim como demais normas e regulamentos aplicáveis a entidade.

A auditoria interna da CREDESTE foi conduzida com base no exercício de 2020, e representa a 1ª etapa, considerando o escopo e plano de auditoria previamente acordados.

Os procedimentos de auditoria consideraram principalmente a avaliação e verificação da efetividade das áreas auditadas, sendo que não foram identificadas situações gravosas, contudo, identificamos melhorias e realizamos apontamentos que visam fortalecer a estrutura da cooperativa.

Entre os principais pontos de adequação propostos estão o alinhamento de Políticas e demais processos internos com as normas vigentes.

Consideramos que as Políticas internas da cooperativa são satisfatórias e contemplam boa parte dos requisitos exigidos pelo BCB, sendo que foram indicadas melhorias para as que não estão em total conformidade, como a Política que trata sobre a cibernética, relacionamento com clientes, risco do crédito, PRSA e PLD/FT.

Destacamos que as indicações de melhoria nos documentos internos são pontuais e visam fortalecer ainda mais a estrutura da CREDESTE, que também deve elaborar Política de Governança Corporativa, conforme delimita a Resolução 4.434/2015.

Identificamos, no contexto geral, ambiente de controles adequado ao porte e complexidade da cooperativa, sendo que instigamos pontos relativos a melhoria de processos, aos quais destacamos o monitoramento e controle sobre situações atípicas e possíveis comunicações ao COAF, além dos processos relacionados ao acompanhamento dos pontos que envolvem o relacionamento com clientes e usuários.

Esperamos que as considerações efetuadas neste relatório contribuam para o desenvolvimento e crescimento da cooperativa.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários para o perfeito entendimento do presente relatório.

Atenciosamente,

LINEAR AUDITORES INDEPENDENTES S/S
CRCSC 004159/O-6

João Carlos Subacz
Contador CRCSC 018.585/O-2

PLANO DE AÇÃO AO RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 204/2020

Apresentação deste plano de ação na próxima auditoria interna.

Ponto do relatório	Recomendações	Providências a serem tomadas O que foi encaminhado	Data da Implementação	Responsável
1.1.2 Relatório Auditoria Cooperativa	Elaborar plano de ação indicando os prazos, responsabilidades e demais procedimentos relacionados à implementação das recomendações da Auditoria Cooperativa.			
1.2.3 Política do Risco Operacional	Buscar a atualização e validação do PPRÁ.			
1.2.4 Política do Risco de Crédito	Atualizar Política de Gerenciamento Contínuo de riscos, elencando para o risco do crédito os pontos relacionados, conforme determina o art. 26 da Resolução 4.606/2017;			
1.2.5 Política do Risco SocioAmbiental	Atualizar PRSA abrangendo os pontos da Resolução 4.327/2014;			
1.2.5 Política do Risco SocioAmbiental	Elaborar plano de ação visando a implementação da PRSA, disponibilizando o mesmo a aprovação pela Diretoria e pelo Conselho de Administração.			
2.1 Políticas Obrigatórias	Elaborar Política de Governança Corporativa conforme resolução 4.434/2015.			
2.2 Prevenção Lavagem de Dinheiro	Atualizar a Política de PLD/FT quanto aos pontos que apresentem trechos desatualizados em relação a Circular 3.461/2009, considerando também as adequações relacionadas a Circular 3.978/2020;			
2.2 Prevenção Lavagem de Dinheiro	Elaborar Plano anual de treinamentos relacionando os objetivos e assuntos, considerando os aspectos da PLD/FT, entre outros pertinentes as áreas de negócio da cooperativa;			
2.2 Prevenção Lavagem de Dinheiro	Ampliar os critérios de monitoramento para situações consideradas atípicas, documentando através de planilhas e/ou relatórios os casos			

	identificados, deixando os mesmos a disposição do BCB pelo prazo determinado.			
2.3 Segurança Cibernética	Atualizar Política de Segurança Cibernética considerando os pontos em não conformidade, alinhando a mesma com a Resolução 4.658/2018;			
2.4 Política Relacionamento com Clientes e Usuários	Atualizar Política de Relacionamento com Clientes, abordando todos os pontos determinados, conforme Resolução 4.539/2016;			
2.4 Política Relacionamento com Clientes e Usuários	Implantar demais sistemas de acompanhamento, controle e mitigação de riscos, relacionados ao relacionamento com clientes e usuários.			

