



**C E N T R O
HOSPITALAR
L E I R I A**

Serviço de Auditoria

Refº nº 8E 2017

**Relatório de Controlo Interno
Centro Hospital de Leiria, E.P.E.
2017**

Fevereiro de 2018

Índice

A.	<i>Sumário Executivo</i>	3
B.	<i>Descrição do trabalho efetuado</i>	3
C.	<i>Pontos de controlo interno, implicações e recomendações</i>	4
D.	<i>Deficiências identificadas em ano anterior a 2017 e não implementadas</i>	16
E.	<i>Conclusão</i>	18
F.	<i>Definição das categorias e graus de risco</i>	19

A. Sumário Executivo

A.1. Introdução

Nos termos dos Estatutos aprovados e publicados no Anexo II, secção III, ponto n.º 2, artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, é da responsabilidade do Auditor Interno a avaliação do sistema de controlo interno, e, pelo n.º 1 do mesmo artigo, competência do Conselho de Administração (CA) assegurar a sua implementação e manutenção.

O presente relatório tem como principal objetivo reportar ao CA os aspetos considerados de maior relevância, identificados no decurso do trabalho com referência ao ano de 2017 pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI), com impacto direto no sistema de controlo interno (SCI).

Cada ponto identificado é composto pela seguinte estrutura:

- Descrição da limitação identificada
- Implicações dessa limitação
- Recomendações para medidas corretivas
- Categoria do Risco
- Órgão responsável pela implementação da medida corretiva

A.2. Conceito

A Internacional Standards on Auditing (ISA) 315 refere: “o controlo interno é o processo concebido, implementado e mantido pelos encarregados da governação, pela gerência e por outro pessoal para proporcionar segurança razoável acerca da consecução dos objetivos de uma entidade com respeito à fiabilidade do relato financeiro, eficácia e eficiência das operações, e cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis. O termo “controles” refere-se a quaisquer aspetos de um ou mais dos componentes do controlo interno.”

B. Descrição do trabalho efetuado

A avaliação do SCI teve em conta: i) a avaliação dos riscos inerentes e, ii) o nível de formalização e julgamento existente em cada controlo chave.

Nestas circunstâncias, o trabalho desenvolvido para a avaliação do SCI seguiu, com as adaptações consideradas adequadas, as normas previstas no Manual de Auditoria Interna – Hospitais, disponibilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P (ACSS).

C. Pontos de controlo interno, implicações e recomendações

Ponto Identificado: 1.1 Procedimento de aquisição de serviços de transportes (táxi)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Abril 2017

Descrição: Foi verificado que o procedimento de aquisição de serviços de transporte de táxi, ano de 2016 e 2017, para deslocação dos profissionais do CHL entre as suas unidades, não obedeceu às disposições regulamentares internas.

Foi questionado o SA relativamente à conformidade legal da despesa, e conseqüentemente ao cumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso (LCPA). Por informação da Diretora deste Serviço: *“O processo foi desenvolvido pelo Serviço de Instalações e Equipamentos, tendo sido remetido ao Serviço de Aprovisionamento após despacho de adjudicação de 2014.11.18.”*

Implicações: Numa perspetiva de boas práticas e de gestão dos dinheiros públicos, o procedimento de aquisição executado tem um défice de alternativas ao prestador de serviços de transporte, e conseqüentemente, não garante a escolha da proposta mais económica.

Medida Corretiva: Que o SA promova processo de concurso para auscultação do mercado.

Ponto de Situação: Segundo informação disponibilizada pelo SA de 2018.02.23, foi desenvolvido procedimento pré-contratual por ajuste direto, n.º 0214E17, cuja abertura foi autorizada por despacho do Vogal Executivo Dr. Licínio de Carvalho, com consulta direta a três fornecedores.

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: Implementado

Ponto Identificado: 1.2 Função de coordenação dos transportes do CHL

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Baixo

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Abril 2017

Descrição: Ausência de registos do número de horas alocadas à função de coordenação dos serviços de transporte no mapa de alocação das tarefas diárias dos motoristas.

Implicações: Impossibilita a realização de análises fiáveis ao número de horas alocadas à função de coordenação, com implicações diretas na utilização de recursos externos para transporte de funcionários.

Medida Corretiva: Que o Serviço de Instalações e Equipamento (SIE) proceda ao registo e controlo do número de horas alocadas pelo Coordenador dos transportes à função de coordenação.

Ponto de Situação: Segundo informação disponibilizada pelo Diretor do SIE de 2017.04.27, foi apresentada proposta de “regulamento dos transportes do CHL”, para aprovação superior, tendo em vista a medida corretiva apresentada.

A 2017.06.14, na sequência da informação prestada superiormente pelo SIE, foi proposto: *“até que o regulamento esteja aprovado, a implementação das medidas propostas pelo SAI, no âmbito do SIE, ficarão suspensas, sob a responsabilidade do Coordenador dos Transportes que assegurará os registos como até aqui”*.

No dia 2017.06.16, o Vogal Executivo Dr. Licínio de Carvalho emitiu o seguinte despacho: *“Concordo. Até à aprovação do regulamento referido, fica suspenso registo diferente do atualmente em uso.”*

Não foi identificado aprovação do referido regulamento, e consequentemente da medida corretiva em análise.

Responsável pela implementação: SIE

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 1.3 Registo do trabalho extraordinário (motoristas)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Abril 2017

Descrição: Decorrente da análise aos documentos de registo das horas extras dos motoristas, verificamos a não inclusão nos procedimentos do SGRH, da Portaria n.º 609/2009, de 5 de junho, série I - n.º 109, que aprova o modelo de registo de trabalho extraordinário e os elementos que deve conter.

Implicações: Desrespeito para com o disposto na Portaria n.º 609/2009, de 5 de junho, série I, do Ministério das Finanças e da Administração Pública.

Medida Corretiva: Que se proceda à inclusão nos procedimentos do SGRH relativos aos registos de trabalho extraordinário, do constante na Portaria n.º 609/2009, de 5 de junho, série I - n.º 109, no sentido de garantir a plenitude dos elementos nela constante.

Ponto de Situação: Segundo informação da diretora do Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH) de 2018.03.02, *“Considerando o processo atual de registo e contabilização das horas extraordinárias efetuadas e pagas na instituição, ainda não foi implementado o preconizado no relatório de auditoria.*

Contudo, iremos tentar operacionalizar o procedimento para os trabalhadores do SIE.”

Responsável pela implementação: SGRH

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 2.1 Processo de inventário do imobilizado (Equipamento Informático)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Elevado

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Janeiro 2018

Descrição: Ausência de inventário atualizado relativo ao equipamento informático com identificação da distribuição por serviço.

Implicações: A incorreta localização dos equipamentos informáticos aumenta o risco de apropriação indevida dos mesmos, assim como, dificulta a sua efetiva gestão.

Desrespeito pela instrução sobre o cadastro e inventário dos bens do Estado, anexa à Portaria n.º 671/2000, de 17 de Abril.

Medida Corretiva: Que se proceda ao levantamento integral da totalidade dos equipamentos informáticos em funcionamento, com atualização no cadastro da sua efetiva localização, assim como, ao centro de custo a que o equipamento se encontra afeto.

Ponto de Situação: De acordo com o despacho do Vogal Executivo, Dr. Licínio de Carvalho de 2017.12.29, o SAI no segundo trimestre de 2018 irá proceder à verificação de 1 serviço de prestação de cuidados e 1 serviço de gestão e logística, para aferir o cumprimento das recomendações.

Responsável pela implementação: SSI /SA **Prazo de Implementação:**

Ponto Identificado: 2.2 Processo de abate (Equipamento informático)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Janeiro 2018

Descrição: Verificou-se para um conjunto de artigos a inexistência de documento suporte ao abate dos artigos informáticos (auto de abate), conforme disposto no n.º 2 do artigo 30º, da Portaria n.º 671/2000 de 17 de abril, assim como de autorização superior para a sua realização, conforme disposto no manual de procedimentos, gestão do imobilizado do CHL, alínea b), do ponto “**Abates de bens obsoletos**”.

Implicações: Desrespeito pelo disposto no n.º 2 do artigo 30º, da Portaria n.º 671/2000 de 17 de Abril, e do manual de procedimentos, gestão do imobilizado do CHL, alínea b), do ponto “**Abates de bens obsoletos**”.

Medida Corretiva: Que se proceda à implementação e execução do disposto no manual de procedimentos administrativos e contabilísticos - gestão de imobilizado. O SA apenas deve proceder ao registo do abate no sistema de gestão de imobilizado, após a aprovação superior do auto de abate.

Ponto de Situação: O despacho do Vogal Executivo, Dr. Licínio de Carvalho sobre a recomendação em análise, ocorreu em 2017.12.29. O SAI no segundo trimestre de 2018 irá proceder à verificação do cumprimento da recomendação.

Responsável pela implementação: SSI /SA Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 3.1 Prescrição de ajudas técnicas

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Fevereiro 2018

Descrição: Verificou-se a prescrição de produtos de apoio fora do âmbito da consulta externa, e necessária à alta do utente em internamento. Situação identificada em prescrições respeitante ao internamento da ortopedia I e II.

Implicações: Desrespeito pelo disposto no n.º 3, do Despacho n.º 5212/2014 de 28 de março, do Presidente do Instituto Nacional para a Reabilitação, Dr. José Serôdio: *“3. Os Produtos de Apoio são prescritos, em consulta externa, para serem utilizados fora do internamento hospitalar, com exceção dos produtos de apoio da área da educação e dos prescritos por centros especializados, ou por entidades prescritoras do Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.”*

Medida Corretiva: Que se proceda ao cumprimento integral da legislação aplicável à prescrição de produtos de apoio/ajudas técnicas.

Ponto de Situação: Em cumprimento do referido no ponto 2 do despacho do Vogal Executivo, Dr. Licínio de Carvalho, de 2018.02.22, *“2. Aos Diretores de Serviço de Gestão de Doentes, Aprovisionamento e Gestão Financeira para rigoroso cumprimento das regras relativas ao fornecimento de ajudas técnicas e lei dos compromissos e pagamentos em atraso.”*, o SAI no segundo semestre de 2018 vai proceder à validação do cumprimento das regras relativas à prescrição das ajudas técnicas.

Responsável pela implementação: SA/SGD Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 3.2 Ajudas técnicas - Cumprimento da LCPA

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Fevereiro 2018

Descrição: Verificou-se a aquisição de material relativo a ajudas técnicas sem o prévio deferimento da entidade financiadora, ACSS.

Implicações: Incumprimento do disposto no ponto 7, do Despacho n.º 5212/2014, de 28 de março, do Presidente do Instituto Nacional para a Reabilitação, Dr. José Serôdio: *7-Os produtos de Apoio adquiridos sem o prévio deferimento do pedido, pelo serviço financiador, não são contemplados para efeito e financiamento no âmbito do Sistema de Financiamento dos Produtos de Apoio, salvo situações excecionais, devidamente fundamentadas e autorizadas pela entidade financiadora.*”,

Incumprimento do disposto no n.º 3 e 6 da Circular Normativa da ACSS n.º 43/2012/CD, de 12 de dezembro, e conseqüente violação da LCPA: *“3.Assim, antes de incorrerem nas despesas indicadas no ponto 1, acima, devem as entidades do SNS solicitar à ACSS a confirmação da existência de cabimento orçamental.”, “ 6.A entidade do SNS só pode autorizar a despesa mediante o número de compromisso da ACSS e nesse momento: a) regista o valor aprovado pela ACSS, em fundos disponíveis; b)registra o valor da despesa em compromissos;”*.

Medida Corretiva: Que se proceda ao cumprimento integral da legislação em vigor associada aos produtos de apoio/ajudas técnicas.

Ponto de Situação: Em cumprimento do referido no ponto 2 do despacho do Vogal Executivo, Dr. Licínio de Carvalho, de 2018.02.22 *“2. Aos Diretores de Serviço de Gestão de Doentes, Aprovisionamento e Gestão Financeira para rigoroso cumprimento das regras relativas ao fornecimento de ajudas técnicas e lei dos compromissos e pagamentos em atraso.”*, o SAI no segundo semestre de 2018 vai proceder à validação do cumprimento da recomendação.

Responsável pela implementação: SA/SGD **Prazo de Implementação:**

Ponto Identificado: 4.1 Contratação pública – conclusão dos procedimentos de compra

Órgão responsável pela detecção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Fevereiro 2018

Descrição: Foi verificado para um conjunto de processos de aquisição, demora excessiva na conclusão dos procedimentos que motiva a sua extensão, por ajuste direto, por norma e sem renegociação dos preços de compra aos mesmos fornecedores.

Implicações: Carência de medidas de estímulo ao processo concorrencial com implicações diretas na seleção do procedimento mais vantajoso.

Medida Corretiva: Que se proceda, sempre que possível, à diminuição do recurso ao ajuste direto, fomentando a concorrência. Quando observado, e se exequível, efetuar-se consulta a mais de um concorrente, e estimular a melhoria da proposta inicial.

Ponto de Situação: Por deliberação do Conselho de Administração de 2018.02.26, referente ao relatório de auditoria à contratação pública, foi dado conhecimento das recomendações.

No segundo semestre de 2018 o SAI vai desenvolver ações de auditoria à contratação pública para apurar a implementação das recomendações.

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 4.2 Contratação pública - declaração de incompatibilidades dos membros do júri

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Fevereiro 2018

Descrição: Verificou-se nos procedimentos por concurso público analisados, a ausência de evidência da declaração de incompatibilidades dos membros do júri do procedimento.

Implicações: Desrespeito pelo artigo 4º, do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro do Ministério da Saúde, divulgado pela Circular Informativa n.º 8/2014, de 24 de janeiro.

Medida Corretiva: Nos procedimentos de contratação pública deve-se garantir a existência de declaração de incompatibilidades dos membros do júri, pressuposto que deve passar a ser evidenciado no relatório que o gabinete jurídico produz, decorrente no n.º 3 da deliberação do Conselho de Administração de 2017.01.26 e do n.º 2 do despacho 851-A/2017, de 13 de janeiro, do Ministro da Saúde, e posterior despacho do Vogal Executivo, Dr. Licínio de Carvalho, de 2017.03.31.

Ponto de Situação: Por deliberação do Conselho de Administração de 2018.02.26, referente ao relatório de auditoria à contratação pública, foi dado conhecimento das recomendações.

No segundo semestre de 2018 o SAI vai desenvolver ações de auditoria à contratação pública para apurar a implementação das recomendações propostas.

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 4.3 Contratação pública - publicitação do contrato no portal BASE GOV

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Fevereiro 2018

Descrição: Verificou-se para os processos de compra segundo procedimento de ajuste direto, não cumprimento do disposto no n.º 3, do artigo 127.º do CCP, resultado da publicitação do contrato, condição de eficácia do mesmo, suceder em momento posterior ao pagamento ao fornecedor.

Implicações: Desrespeito pelo disposto no n.º 3, do artigo 127.º do CCP.

Medida Corretiva: Que se proceda à verificação periódica da informação carregada no portal BASE GOV pelo SA, de forma a garantir a publicitação dos contratos de forma atempada.

Ponto de Situação: Por deliberação do Conselho de Administração de 2018.02.26, referente ao relatório de auditoria à contratação pública, foi dado conhecimento das recomendações.

No segundo semestre de 2018 o SAI vai desenvolver ação de auditoria à contratação pública para apurar a implementação das recomendações.

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 5.1 Análise ao inventário do Serviço Farmacêutico (SF)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Fevereiro 2018

Descrição: Elevado número de discrepâncias entre os registos em sistema e o inventário real: 47% do total da amostra contem discrepâncias.

O universo em estudo totalizava o valor de 1.160.278,06€, selecionou-se para amostra o montante de 515.297,85€, ou seja, 44% do total do universo.

Implicações: As discrepâncias identificadas comprometem a eficiente gestão dos recursos do CHL.

Medida Corretiva: Que se proceda à revisão dos controlos associados à gestão *stocks* no SF. Semanalmente deve ser realizado reporte à Diretora do Serviço, com resumo das divergências identificadas e identificação das suas causas, para definição e implementação de um plano de ação com medidas corretivas.

Ponto de Situação: Por deliberação do Conselho de Administração de 2018.02.14, referente ao relatório de auditoria de análise dos inventários, foi dado conhecimento das recomendações.

No segundo semestre de 2018 o SAI vai desenvolver ações de auditoria aos inventários do SF para apurar a implementação das recomendações.

Responsável pela implementação: SF

Prazo de Implementação:

Ponto Identificado: 5.2 Reconhecimento de ajustamento de inventários

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: Fevereiro 2018

Descrição: O Serviço de Patologia Clínica (SPC) não procedeu à realização de ajustamentos nos inventários no ano de 2017.

Implicações: A ausência da realização de ajustamento de inventários teve implicações diretas nas demonstrações financeiras no ano de 2017, com o empolamento do montante registado no ativo do CHL.

Desrespeito pelo disposto na Circular Informativa n.º 44 de 17 de abril de 2017.

Medida Corretiva: O SPC deve seguir obrigatoriamente as orientações expressas na Circular Informativa n.º 44 de 17 de abril de 2017 relativas ao processo de encerramento de contas anuais, nomeadamente *“Todos os serviços que efetuem contagens deverão conciliá-las com as existências nos seus sistemas informáticos. Verificar divergências, identificar as causas e propor a sua regularização, antes do encerramento das contas e, de preferência, antes das contagens de existências final de ano.”*

Ponto de Situação: Por deliberação do Conselho de Administração de 2018.02.14, referente ao relatório de auditoria de análise dos inventários, foi dado conhecimento das recomendações.

No segundo semestre de 2018 o SAI vai desenvolver ação de auditoria aos inventários para apurar a implementação das recomendações.

Responsável pela implementação: SPC

Prazo de Implementação:

D. Deficiências identificadas em ano anterior a 2017 e não implementadas

Ponto Identificado: 1.1 Recolha dos valores cobrados pelas máquinas de admissão (Consulta Externa)

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Maio 2016

Descrição: Ausência de segregação de funções no procedimento de recolha dos valores cobrados pelas máquinas de admissão, situadas na entrada da consulta externa. Quem procede à recolha dos valores nas máquinas é a tesoureira do CHL, profissional igualmente responsável pela receção e conferência dos valores na tesouraria.

Implicações: Ausência de controlo no procedimento de recolha de meios monetários líquidos.

Aumento do risco associado a possíveis erros de contagens, assim como, lacunas na delimitação do perímetro de atuação dos funcionários com diferentes responsabilidades no seu processo de atuação.

Medida Corretiva: Que se proceda à recolha dos valores cobrados pelas máquinas de admissão localizadas na entrada da consulta externa, por um assistente técnico distinto do profissional que desempenha funções de tesoureira.

Ponto de Situação: Por informação do SGF de 27.02.2018, a recolha e carregamento de valores nas máquinas GFE não sofreu qualquer alteração ao procedimento anterior, estando a ser realizado pela tesoureira do SGF.

Responsável pela implementação: SGF/SGD

Prazo de Implementação:

Ponto identificado: 1.2 Assinatura do documento comprovativo de fecho de caixa

Órgão responsável pela deteção: AI

Grau de risco: Médio

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: Maio de 2016

Descrição: Inexistência na generalidade das folhas individuais de conferência de caixa de assinatura do AT responsável pela entrega dos valores na tesouraria.

Implicações: A ausência de assinatura dos funcionários constitui uma falha no controlo, com implicações diretas na possibilidade de responsabilização da conferência efetuada.

Medida Corretiva: Que se proceda à obrigatoriedade de efetuar assinatura do documento comprovativo de fecho de caixa, entregue à tesouraria pelos AT, para sua garantia e asserção do efetivo fecho de caixa por esse utilizador.

Ponto de Situação: Por informação do SGF de 2018.02.28, a maioria das folhas de caixa não têm assinatura.

Responsável pela implementação: SGD

Prazo de Implementação:

E. Conclusão

A compilação das deficiências reportadas expõe um conjunto de lacunas no SCI do CHL que requerem observação e correção pelos serviços intervenientes.

A existência de um SCI, não se traduz na ausência de erros humanos, irregularidades ou fraudes, na medida em que existem diversos fatores que podem influenciar negativamente a operacionalidade do SCI.

Durante o ano de 2017, foram implementados novos procedimentos com impacto direto no SCI. No entanto, considerando a necessidade crescente de melhoria dos processos e controlos, e no sentido de fazer face a um ambiente em constante transformação, é essencial a existência de um SCI rigoroso, conferindo maior fiabilidade aos processos organizacionais.

Foram excluídos do relatório todos os pontos identificados relativos ao ano de 2016 e anteriores, alvo de implementação ou pendentes de análise superior.

F. Definição das categorias e graus de risco

Os pontos identificados foram qualificados de acordo com as categorias de risco abaixo definidas e com o grau de risco atribuído:

Categoria de riscos

Risco de estratégia: (RE) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de decisões estratégicas inadequadas, da deficiente implementação das decisões ou da incapacidade de resposta a alterações no meio envolvente;

Risco operacional: (RO) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de falhas na atividade desenvolvida, de fraudes internas e externas, do não acompanhamento da execução do orçamento, de processos de decisão internos ineficazes, de recursos humanos insuficientes ou inadequados ou da inoperacionalidade das infraestruturas;

Risco de “compliance”: (RCO) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de violações ou da não conformidade relativamente a leis, regulamentos, determinações específicas, contratos, regras de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos, que se materializem em sanções de carácter legal ou na impossibilidade de exigir o cumprimento de obrigações contratuais;

Risco dos sistemas de informação: (RSI) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, em resultado da inadaptabilidade dos sistemas de informação a novas necessidades, da sua incapacidade para impedir acessos não autorizados, bem como garantir a integridade dos dados e assegurar a continuidade da atividade em casos de falha;

Risco de reputação: (RP) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de uma perceção negativa da imagem pública do Centro Hospitalar, fundamentada ou não, por parte de utentes, fornecedores, colaboradores, órgãos de imprensa ou pela opinião pública em geral.

Graus de risco

Elevado: Assuntos que apresentam riscos / impactos significativos e que deverão ser resolvidos com a maior brevidade possível.

Moderado: Assuntos que apresentam riscos e / ou montantes relevantes, razoavelmente controlados pela entidade, que deverão ser adequadamente monitorizados.

Baixo: Assuntos que apresentam alguns riscos e / ou que iriam melhorar o sistema de controlo interno e a eficiência geral.

O Auditor Interno


(Vitor Rodrigues)