



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA
COORDENADORIA DE GESTÃO DE AUDITORIA INTERNA

PARECER

Parecer sobre Prestação de Contas Anual

1. Apresentação

Em conformidade com o parágrafo único do art. 70 da Constituição Federal e em atendimento ao artigo 15 da Instrução Normativa nº 5, de 27 de agosto de 2021 da Controladoria-Geral da União, apresentamos parecer sobre a prestação de contas anual do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) relativo ao exercício findo em 31 de dezembro de 2024.

O objetivo deste parecer é o de expressar uma opinião geral sobre a adequação dos processos de governança, gestão de riscos e controles internos instituídos pela entidade, fornecendo segurança razoável quanto à aderência da prestação de contas aos normativos que regem a matéria, à conformidade legal dos atos administrativos, ao processo de elaboração das informações contábeis e financeiras e ao atingimento dos objetivos operacionais, com base nos trabalhos de auditoria individuais previstos e executados no âmbito do Plano Anual de Auditoria Interna - PAINT de 2024.

2. Responsabilidade do auditor

Conforme a Norma Brasileira de Contabilidade NBC TI 01, 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.

Eventuais riscos de auditoria podem ocorrer, quer pelo volume ou pela complexidade das transações e operações. Tais riscos estão relacionados à possibilidade de que erros importantes, individualmente ou em conjunto, não sejam detectados pelas provas substantivas, em virtude da extensão do teste de auditoria ou da seleção de itens testados por meio de técnicas de amostragem.

3. Escopo

O escopo deste trabalho engloba a prestação de contas do período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2024 efetuada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre através de seu Relatório de Gestão. Nenhuma restrição foi imposta à realização dos exames.

4. Trabalhos de auditoria realizados durante o ano de 2024

Os trabalhos de auditoria executados no ano de 2024 foram desenvolvidos com base no Plano Anual de Auditoria Interna - PAINT preparado para o exercício, com base na legislação vigente, normas internas de procedimentos e diretrizes adotadas pela empresa. Para elaboração do PAINT, a CGAUDI obteve adequado entendimento das estratégias e expectativas da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração, bem como interagiu com a Coordenadoria de Gestão de Riscos e Integridade Corporativa (CGRIC) para compreensão dos principais riscos presentes no HCPA.

A CGRIC é responsável pela gestão dos riscos corporativos, desenvolvendo ações de capacitação e auxiliando os gestores das áreas no estabelecimento de níveis adequados de aceitabilidade de risco e de suficiência dos controles internos. A definição das áreas para mapeamento e avaliação de riscos corporativos considera a relevância e o risco inerente de cada processo.

Os trabalhos realizados pela CGAUDI com base na avaliação de riscos, principais recomendações emitidas e providências adotadas pela Administração foram:

Quadro 1 - Resumo dos trabalhos, principais recomendações e providências adotadas

Trabalhos de avaliação	Principais Recomendações	Providências adotadas
Controles internação	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de não conformidades no inventário dos Dispensários Eletrônicos de Medicamentos.	Definição de plano de ação para implantação da melhoria proposta
Processos de marcação de consultas	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade nos processos de agendamento de consultas ambulatoriais no sistema AGHUse.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de identificação de um mesmo código CMCE – Central de Marcação de Consultas e Exames (Sistema de Regulação) em prontuários de pacientes diferentes no sistema AGHUse.	
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade no processo de agendamento de procedimentos cirúrgicos no sistema AGHUse.	
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de consultorias de serviços assistenciais realizados sem o preenchimento de solicitação de consultoria no sistema AGHUse.	
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de existência de usuários do sistema AGHUse com acesso indevido aos módulos de agendamento de consultas.	
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de inconsistências nos registros de início e fim da consulta médica no AGHUse.	
Processos de agendamento e procedimentos ambulatoriais	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco existência de consultas não finalizadas no sistema AGHUse.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco dos procedimentos realizados no CCA apresentarem documentação de forma incompleta.	
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de procedimentos invasivos realizados no CCA sem a devida supervisão de professor ou médico contratado.	
Processos de ensino - serviço de pós graduação	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de demora para realização de procedimentos com tempos excessivos de espera.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Elaboração de norma com diretriz sobre atualização de valores dos cursos.	
	Elaboração do mapeamento e gerenciamento de riscos dos processos realizados pelo Serviço de Pós-Graduação conforme normas vigentes.	

	Elaboração das rotinas formalizadas através de Planos e/ou POPs sobre os processos do SPG.	
Processos de pesquisa - pesquisa acadêmica	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de projetos com o tipo e classificação em desacordo com a Decisão 14/2023 do HCPA.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Adoção de melhorias nos controles internos de verificação de ausência de débitos do pesquisador responsável com o HCPA.	
	Adoção de funcionalidade de disponibilização de acesso a um grupo de projetos no Sistema AGHUse Pesquisa para avaliação de pendências.	
	Adoção de funcionalidade no Sistema AGHUse Pesquisa que impeça o pesquisador efetuar alterações em campos que mudam o tratamento do projeto.	
	Adoção de funcionalidade no Sistema AGHUse Pesquisa que impeça o lançamento de despesa em projeto de pesquisa encerrada.	
Processos de administração assistencial	Elaboração de rotinas para todas as etapas dos processos administrativos.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Revisar o processo de mapeamento de riscos da área.	
	Atualização dos POPs vencidos junto ao sistema GEO.	
	Utilização de forma integral do módulo de lista de espera do AGHUse.	
	Ampliar processo de dispensação eletrônica para demais salas cirúrgicas.	
Adoção de plano de ação estruturado para ações vinculadas aos indicadores.		
Processos de orçamentação de procedimentos	Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão – POPs.	Recomendação implementada dentro do prazo proposto
	Elaboração do mapeamento dos riscos pela Coordenadoria de Gestão de Riscos e Integridade Corporativa – CGRIC.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
Processos de acompanhamento da execução de contratos de serviços	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de inconsistência entre as informações de novos contratos constante planilha de controle financeiro e as informações cadastradas no AGHUse para fins de transparência e publicidade dos dados no Portal da Internet.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de inexistência de Declaração sobre Conflito de interesse entre o Gestor do Contrato e fornecedor anexado ao processo no Sistema Eletrônico de Informações – SEI.	
Processos de dispensação de medicamentos e materiais	Não foram identificadas recomendações estruturantes neste relatório, somente oportunidades de melhoria.	N/A
Processos de gestão do quadro de pessoal	Não foram identificadas recomendações estruturantes neste relatório, somente oportunidades de melhoria.	N/A
Controles internos na preparação das demonstrações financeiras	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade no controle físico do Imobilizado.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Elaborar Procedimentos Operacionais Padrão – POPs desatualizados.	Recomendação implementada dentro do prazo proposto
Processos de supervisão do uso de radiação ionizante	Não foram identificadas recomendações estruturantes neste relatório, somente oportunidades de melhoria	N/A
Processos de gestão das informações e atualizações processuais	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade na integração e validação de dados do e-proc com o Sistema Espalder.	Recomendações com monitoramento suspenso
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade na atualização de agendamentos e prazos processuais.	
	Elaborar Procedimentos Operacionais Padrão – POPs.	Recomendação implementada dentro do prazo proposto
	Efetuar mapeamento dos riscos pela Coordenadoria de Gestão de Riscos e Integridade Corporativa – CGRIC.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
Processos de recepção, identificação e atendimento de pessoas	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade no acesso de pessoas não identificadas e acúmulo de pessoas/pacientes nas áreas comuns do HCPA.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade nos dados de acesso de pessoas dificultando a correta identificação com possibilidade de danos ao erário	
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade nos controles para cumprimento do PLA 0146 - Plano de Proteção da Integridade Física das Pessoas e do Patrimônio do HCPA - Possibilidade de situações de rapto de recém-nascido.	
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade nos controles de empréstimos e devolução dos equipamentos especiais, possibilitando situações de perda, extravio ou furto de bens.	
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidades nos controles de guarda dos equipamentos especiais sobre posse da Recepção do Bloco C.	
Processos de manutenções de equipamentos não médicos e mobiliário	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de inexistência de controles dos materiais estocados nas áreas de manutenção da Engenharia	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade nos controles de ferramentas de uso coletivo.	Recomendação implementada
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de haver solicitações de Serviços abertas há mais de um ano aguardando início de atendimento médico	

	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de haver solicitações de Serviço em status “Em atendimento” abertas ao longo de 2023.	dentro do prazo proposto
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de fragilidade nos controles de localização dos bens em manutenção.	
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de haver solicitações de Serviço encerradas pelo próprio atendente responsável pelo serviço.	
	Implantar pesquisa de satisfação ou outro instrumento para avaliação interna dos trabalhos de manutenção realizados pela CEM.	
	Elaborar Procedimentos Operacionais Padrão – POPs desatualizados.	
Processos de proteção de dados pessoais (LGPD)	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de registro incompleto das informações no Módulo LGPD do Sistema GEO	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
Processos de assessoramento no gerenciamento de riscos	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de inexistência de definição e formalização do nível de maturidade almejado.	Recomendação implementada dentro do prazo proposto
	Adoção de melhorias nos controles internos para mitigação do risco de inexistência de alinhamento do nível de mitigação de risco e o apetite definido pela Diretoria Executiva com os objetivos estratégicos.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
Processos de assessoramento administrativo à governança	Elabora Planos e POPs envolvendo o apoio técnico e administrativo às reuniões e demais processos realizados pela Secretaria Geral.	Definição de plano de ação para implantação da Melhoria proposta
	Elaborar mapeamento e gerenciamento de riscos dos processos realizados pela Secretaria Geral não foram elaborados e implementados conforme normas vigentes.	
	Elaborar de Regimento Interno da Secretaria Geral.	
	Adotar de indicadores para acompanhamento dos principais processos da Secretaria Geral.	

Fonte: Coordenadoria de Gestão de Auditoria Interna

A seleção e a execução dos trabalhos de auditoria foram pautadas nos seguintes fatores:

- risco envolvendo a área auditada;
- tempo decorrido desde a última auditoria realizada;
- materialidade, baseada no volume de recursos da área em exame;
- observações efetuadas relativas a eventuais alterações nos processos no transcorrer do exercício;
- grau de maturidade da estrutura de controles internos; e
- efetivo de pessoal lotado na auditoria.

O planejamento para o ano de 2024 considerava um total de 22 trabalhos, incluindo as avaliações previstas em lei, os quais foram devidamente concluídos dentro do exercício. A seguir são apresentados os principais números e resultados da Coordenadoria de Gestão de Auditoria Interna:

Quadro 2 - Principais números da CGAUDI			
	2024	2023	Variação
Relatórios de avaliação emitidos	22	24	-8%
Notas técnicas emitidas	13	13	0%
Total de horas executadas	10.880	10.888	0%
Funcionários do setor	7	6	17%
Horas de treinamento incorridas	685	908	-25%

Fonte: Coordenadoria de Gestão de Auditoria Interna

Os benefícios decorrentes da atividade da auditoria são registrados conforme estabelecido na Instrução Normativa da CGU nº 10 de 28 de abril de 2020. Tais registros são mantidos no sistema e-Aud. Foram contabilizados 40 benefícios em 2024, todos classificados como não financeiros.

Não identificamos em nossos trabalhos desenvolvidos no ano de 2024 nenhum ato administrativo que estivesse fora da conformidade legal.

5. Aderência da prestação de contas aos normativos que regem a matéria

A metodologia de prestação de contas do ano de 2024, efetuada pelo HCPA através de seu Relatório Integrado de Gestão, é desenvolvida por um Grupo de Trabalho multidisciplinar, nomeado através do Ato nº 428/2024 emitido pelo Diretor-presidente substituto do HCPA em 25 de outubro de 2024. Este grupo fica responsável, entre outras atribuições, por receber e analisar os conteúdos fornecidos pelas diferentes áreas, verificando sua adequação às diretrizes do TCU e por elaborar, a partir dos conteúdos fornecidos pelas diferentes áreas do hospital, versão final de textos e infográficos, visando à concisão, clareza e uniformidade requeridas pelo modelo de Relatório Integrado.

Dentro do processo constam etapas de revisão, bem como aprovação por parte da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração.

Utilizamos a ferramenta de autoavaliação do relatório de gestão, *Ferramenta_de_autoavaliacao_do_RG_versao_2023_3f0dfef30a.xlsx*, desenvolvida pelo Tribunal de Contas da União, disponível em <https://portal.tcu.gov.br/contas/contas-e-relatorios-de-gestao/>, encontrando um percentual de aderência de 96% para o conteúdo e 90% para princípios, índice que consideramos adequado para a apresentação do documento.

6. Avaliação dos controles internos relacionados à elaboração dos relatórios financeiros e contábeis

Efetuamos trabalho específico com o objetivo de aferir a adequação do controle interno, a efetividade do gerenciamento dos riscos e dos processos de governança e a confiabilidade do processo de coleta, mensuração, classificação, acumulação, registro e divulgação de eventos e transações, visando ao preparo de demonstrações financeiras.

Cronologicamente, realizamos um trabalho detalhado de levantamento de rotinas e controles associados ao processo de elaboração das demonstrações financeiras no ano de 2021 e um trabalho com enfoque no gerenciamento de riscos e controles internos mantidos para assegurar a confiabilidade das informações financeiras em 2022. Todas as recomendações efetuadas nestes anos foram devidamente atendidas. Em 2023 focamos no processo de fechamento contábil, utilizando o mapeamento

de riscos e controles preparado previamente e apresentado em relatório pela Coordenadoria de Gestão de Riscos e Integridade Corporativa. Adicionalmente com o objetivo de avaliarmos a adequação da remuneração dos administradores da instituição, para o período de 01/01/24 a 31/12/24, que são apresentados na nota explicativa às Demonstrações Financeiras, frente aos limites aprovados em Assembleia Geral Ordinária, testamos os valores apresentados, mediante análise das informações realizadas na folha de pagamento e entendemos que os valores estão adequadamente apresentados.

Em relação à auditoria realizada em 2024, concluímos que os controles internos adotados na elaboração das demonstrações financeiras estavam parcialmente adequados, pois havia recomendação de auditoria relacionada à necessidade de conclusão do processo de inventário do imobilizado, com prazo de atendimento para 15/03/2025. Tal recomendação segue em aberto, contudo a contabilidade efetuou estimativa de impacto (análise de impairment) e provisionou os valores relacionados aos bens não identificados no procedimento. Diante da não significância dos valores provisionados e, com base nos exames dos documentos selecionados nas amostras de auditoria e nos controles internos analisados, bem como nos demais procedimentos de auditoria realizados e responsabilidades definidas, entendemos que o processo de elaboração das demonstrações financeiras, no que diz respeito à manutenção de controles aos aspectos de coleta, mensuração, classificação, acumulação, registro e divulgação de eventos e transações, está adequado.

7. Atingimento dos objetivos operacionais

O Plano de Negócios e Gestão Estratégica do HCPA para 2024 adotou três prioridades estratégicas: Cuidado centrado no paciente; Otimização de recursos e espaços; e Sustentabilidade. Para cada prioridade estratégica foram definidos objetivos específicos, monitorados através de dezenove indicadores. Destes, onze atingiram a meta estabelecida, cinco aproximaram-se da meta e três tiveram desvio superior a 10% da meta proposta (em 2023 foram quatro indicadores com desvio superior a 10%). O resultado apresentado pelos indicadores sugere que os objetivos operacionais foram substancialmente alcançados.

8. Avaliação da estrutura de controles internos

O exame dos controles internos relevantes mantidos pela Administração foi efetuado de maneira contínua durante os trabalhos de auditoria interna desenvolvidos no ano. O resultado de nossas avaliações foi devidamente reportado à Administração para as devidas providências.

Em nossa avaliação, considerando todos os trabalhos de auditoria executados durante o ano de 2024, o ambiente de controles internos mantido pela Administração é apropriado e suficiente para evitar ou permitir a identificação de falhas e irregularidades, bem como minimizar os riscos relacionados aos processos relevantes da Instituição.

9. Conclusão

Diante do exposto, com base nos trabalhos de auditorias individuais previstos e executados no âmbito do PAINT e nas demais informações relatadas nos itens acima, nossa opinião é de que os processos de governança, gestão de riscos e controles internos instituídos pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre estão adequados e fornecem segurança razoável quanto à aderência da prestação de contas aos normativos que regem a matéria, à conformidade legal dos atos administrativos, ao processo de elaboração das informações contábeis e financeiras e ao atingimento dos objetivos operacionais.

Porto Alegre, na data de sua assinatura.

FLÁVIO DE MEDEIROS HORTA
SUPERVISOR DE QUALIDADE E AUDITÓRIAS DE DESEMPENHO

GUSTAVO SALOMAO PINTO
COORDENADOR DE GESTÃO AUDITORIA INTERNA



Documento assinado eletronicamente por **FLAVIO DE MEDEIROS HORTA, SUPERVISOR DE QUALIDADE E AUDITÓRIAS DE DESEMPENHO**, em 21/02/2025, às 11:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **GUSTAVO SALOMAO PINTO, COORD DE GESTÃO AUDITORIA INTERNA**, em 21/02/2025, às 11:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.hcpa.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1419177** e o código CRC **40C756D9**.