



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CONSELHO DE CURADORES
AUDITORIA TÉCNICA

PARECER Nº 02/2018

EMENTA: PARECER SOBRE A
PRESTAÇÃO DE CONTAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE NO EXERCÍCIO
2017.

NITERÓI, MARÇO DE 2018.

1. Introdução

A UNIDADE DE AUDITORIA INTERNA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, cumprindo a atribuição estabelecida no inciso VIII, do artigo 5º, da Instrução Normativa SFC nº 02/2000 e, em função do disposto no parágrafo 6º, do artigo 15, do Decreto nº 3.591/2000, apresenta Parecer sobre a prestação de contas da Universidade Federal Fluminense relativa ao exercício de 2017, na forma prevista na Instrução Normativa nº 63/2010, nas Decisões Normativas nº 161 e 163 de 2017 e na Portaria 65/2018, todas expedidas pelo Tribunal de Contas da União.

A Auditoria Técnica, como é designada a Unidade de Auditoria Interna da Universidade Federal Fluminense, possui sede normativa no § 3º do art. 27 do Estatuto e Regimento Geral da Instituição de Ensino, homologado pelo Ministério da Educação por meio da Portaria nº 177, de 02/05/1983, nos seguintes termos:

§ 3º - Subordinada ao Conselho de Curadores haverá uma auditoria técnica de funcionamento permanente e atribuições definidas em regimento próprio.

A Unidade de Auditoria Interna encontra-se vinculada a um dos conselhos superiores da Universidade, o Conselho de Curadores, o que lhe garante posição no organograma independente das unidades auditadas, permitem que a atividade seja desenvolvida dentro de um ambiente de segurança jurídica e com respaldo legal.

A Unidade de Auditoria Interna da UFF, fundamenta-se na legislação de regência da atividade de auditoria interna como principal elemento de definição estratégica e no Plano Anual de Atividades de Auditoria Interna como elemento de nível tático e operacional.

2. Avaliação da capacidade de os controles internos administrativos da UPC identificarem, evitarem e corrigirem falhas e irregularidades, bem como de minimizarem riscos relacionados aos processos relevantes;

A Universidade ainda se encontra nos estágios iniciais de desenvolvimento de uma cultura corporativa orientada pela governança. Os principais indícios de fragilidade nos controles internos que comprometem parcialmente a capacidade de identificarem, evitarem e corrigirem falhas e irregularidades, bem como de minimizarem riscos relacionados aos processos relevantes, foram identificados em auditorias realizadas no exercício, com destaque para a baixa aderência à legislação de regência e cumprimento de prazos.

Além disso, a existência de número expressivo de recomendações dos órgãos de controle pendentes de atendimento são elementos que depõem em desfavor da qualidade do ambiente interno sob o enfoque do controle.

Os procedimentos de controle são as políticas e as atividades que contribuem para assegurar que os riscos sejam geridos, seja por acontecerem em níveis aceitáveis, pela sua mitigação ou eliminação.

A avaliação do risco permite que uma organização considere até que ponto eventos em potencial podem impactar a realização de seus objetivos, definindo forma de mensurá-los considerando, dentre outros fatores, a possibilidade de ocorrência destes eventos e o seu impacto no caso de ocorrência.

A gestão de riscos é um processo ainda muito imaturo na Universidade. É necessário que os procedimentos de controle obedeçam a uma diretriz única, que comporte os fatos e atos administrativos e que estejam sintonizados com a política de gestão de riscos.

Em consequência das fragilidades no ambiente de controle, o cumprimento da missão e o alcance dos objetivos da organização, bem como a eficácia do controle interno podem ficar comprometidos. Cumpre destacar que o resultado deve ser interpretado dentro de um contexto, e não isoladamente.

O Plano de Desenvolvimento Institucional da Universidade Federal Fluminense é o instrumento principal de planejamento e de materialização do planejamento estratégico da instituição.

Dessa forma, entendemos que os procedimentos de controle existem, dependendo sua qualidade de fatores externos como a existência de normas cogentes ou mecanismos à prova de erros (*failproof*), típicos dos sistemas estruturantes que atendem à administração pública federal, dependendo o seu aperfeiçoamento de uma diretriz única que seja disseminada por um sistema de controles internos administrativos a partir de uma política de gestão de riscos que defina, por exemplo, quais atividades oferecem risco maior e devam, por isso, atrair procedimentos de controle diferenciados.

O quadro apresentado revela, no entender da Auditoria Interna, baixa qualidade dos controles internos relacionados à apuração dos resultados dos indicadores utilizados para monitorar e avaliar a governança e o desempenho operacional da Universidade.

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

No contexto das demonstrações contábeis analisadas pela Unidade de Auditoria Interna, foram selecionadas para análise contas contábeis com base em critérios não-probabilísticos de materialidade e relevância, por meio do Relatório AT/CUR nº 01/2018.

Com base no referido relatório, as demonstrações contábeis da Universidade Federal Fluminense estão revestidas da confiabilidade necessária, com as ressalvas indicadas. Esta situação demonstra existência de registros contábeis de fatos que carecem de regularização. Ainda, da análise das contas contábeis, constatamos situações que demandam maior ação de controle, as quais relacionamos a seguir:

- Ausência de controle tempestivo dos programas e projetos, definidos para execução no exercício de 2017, alinhados aos objetivos estratégicos do PDI.
- Despesas empenhadas com o recurso do PNAES, parecem discordantes com a finalidade do programa.

- Outra significativa movimentação, R\$ 22.328.197,86, ocorreu no subgrupo Demais Créditos e Valores a Curto Prazo, especificamente na conta Adiantamentos de Transferências Voluntárias (conta contábil 113110400). Tratava-se de ajuste contábil referente a exercícios anteriores efetuado pela STN.
- O subgrupo Ativo Realizável a Longo Prazo também apresentou uma relevante redução na conta Ajuste Perdas de Dívida Ativa Não Tributária (conta contábil 121119906), no total de R\$ 9.270.197,96. Probabilidade de recebimento de créditos vencidos e inscritos na dívida ativa não tributária da Universidade.
- No Passivo o subgrupo Demais Obrigações a Curto Prazo apresentou uma redução de R\$ 11.442.047,13 impactado principalmente pela conta IRRF Devido ao Tesouro Nacional (conta contábil 218810104) que teve uma redução de R\$ 10.815.571,49. Retenção de IRRF da folha de pagamento de dezembro de 2016 foi devidamente realizada dentro do exercício, porém o recolhimento ao Tesouro Nacional que comumente é realizado na mesma competência, foi executado somente no exercício seguinte, em janeiro de 2017.
- Houve um lançamento no montante de R\$ 7.011.210,30, Assim como o lançamento de R\$ 22.328.197,86 referente ao Acórdão 1320/2017-TCU.
- Lançamento de R\$ 10.600.000,00 realizado no mês de agosto. Tal lançamento é referente ao estorno de lançamento devido duplicidade referente à aquisição do Cine Icarai.
- Identificado lançamento de R\$ 2.987.346,75 em setembro. Referente a ajustes de estoque de almoxarifado, no qual foram baixados itens de consumo imediato que haviam sido indevidamente contabilizados como estoques.
- Valor patrimonial dos bens móveis desatualizado.
- Foram identificados lançamentos que somam R\$ 52.735.357,77 referentes a baixas de obras em andamento em razão do aceite definitivo e a conclusão das obras.

- No mês de junho houve um lançamento de R\$ 1.957.637,73 na conta Outros Juros e Encargos de Mora (conta contábil 442910100). Trata-se de atualização do saldo da dívida ativa em um processo contra a Livraria Kibooks Ltda.
- Lançamentos no montante de R\$ 2.476.548,31. Registros referentes a atualização monetária de créditos a receber.
- Existência de saldos de empenhos inscritos em Restos a Pagar referentes a vários exercícios anteriores.
- Existência de saldos referentes a créditos a receber por cessão de pessoal.
- Existência de saldos referentes a créditos inscritos em Dívida Ativa não Tributária a receber por cessão de pessoal.

4. Descrição das rotinas de acompanhamento e de implementação, pela UPC, das recomendações da auditoria interna.

O fluxo de acompanhamento e implementação, pela administração universitária, das recomendações da Auditoria Técnica, envolve o envio do relatório de auditoria à Autoridade Universitária, acrescido de eventuais indicações e diligências solicitadas pelo Conselho de Curadores.

A sistemática de monitoramento dos resultados decorrentes dos trabalhos desenvolvidos pela Unidade de Auditoria Interna é ainda incipiente, por meio de planilhas.

A comunicação aos gestores sobre os riscos decorrentes da não implantação das recomendações da Auditoria Técnica é realizada por meio de parágrafo específico lançado nas conclusões de cada relatório de auditoria.

Em relação a este elemento de avaliação dos controles internos, deve-se destacar o trabalho da Comissão Técnica designada por meio da Portaria nº 53.722, de 25 de março de 2015.

A aludida Comissão Técnica foi criada inicialmente com a finalidade de atender ao comando disposto no item 9.15.4 do Acórdão nº 821/2014, exarado pela composição plena do Tribunal de Contas da União, que determinou à Universidade que “fomente a intermediação das comunicações entre as subunidades organizacionais e os órgãos de controle interno e externo, e vice-versa, pela sua UAI”.

A atuação da referida Comissão Técnica, que é integrada por um representante de cada Pró-Reitoria e Superintendência da Universidade, além de uma representante da Unidade de Auditoria Interna, que atua como facilitadora, sem assumir responsabilidades e riscos próprios dos gestores, tem permitido o processamento, a coleta e a transmissão das informações de maneira racional e célere, o que vem contribuindo para a redução do passivo de recomendações não atendidas.

Diante da experiência positiva, a Unidade de Auditoria Interna entende que a Comissão Técnica deve tornar-se uma unidade de caráter permanente de atuação, com atribuições estatutárias, para o contínuo aprimoramento desse importante elemento de controle interno.

5. Informações sobre a existência ou não de sistemática e de sistema para monitoramento dos resultados decorrentes dos trabalhos da auditoria interna.

Como informado no item anterior, a ausência de um sistema informatizado que permita o lançamento de informações decorrentes das auditagens realizadas prejudica, sobretudo, o trabalho de acompanhamento das recomendações de auditoria, o que vem sendo realizado de maneira incipiente por meio de planilhas.

A utilização de planilhas para essa finalidade é inadequada por não permitir a emissão de relatórios gerenciais que indiquem, por exemplo, a quantidade de recomendações emitidas por área ou por assunto.

Além disso, é fundamental para que a Unidade de Auditoria Interna atinja níveis superiores de eficiência de sua atuação, de ferramentas e métodos adequados para aferir Parecer 02/2018 - Prestação de contas da UFF no exercício 2017.

o atendimento às recomendações expedidas.

6. Demonstração da execução do plano anual de auditoria, contemplando avaliação comparativa entre as atividades planejadas e realizadas, destacando os trabalhos mais relevantes, as principais constatações e as providências adotadas pela gestão da unidade;

Trabalhos de extrema relevância foram executados no período, resultando em relatórios de auditoria e pareceres, além de diversos *e-mails* e participação em reuniões, em sede de assessoramento aos gestores.

A planilha abaixo resume os dados relativos às auditagens planejadas para o exercício, constando o seu detalhamento do Anexo I.

Área	Descrição Sumária	Status
Avaliação da Gestão	RAINT 2016	Trabalho realizado
	Demonstrações Contábeis - 4º Trimestre 2016	Trabalho realizado
	Relatório de Gestão - Ex. 2016	Trabalho realizado
	Prestação de Contas Anual – Ex. 2016	Trabalho realizado
	Demonstrações Contábeis - 1º semestre 2017	Trabalho realizado
Acompanhamento da Gestão	Assessoramento ao TCU/CGU e Acompanhamento das Recomendações	Trabalho realizado
	Assessoramento ao Conselho de Curadores e ao Gestor	Trabalho realizado
	Acompanhamento das Recomendações da Auditoria Interna	Trabalho realizado
	PAINT 2018	Trabalho realizado
Gestão Operacional	Restaurante Universitário	Trabalho cancelado
	Curso de medicina	Trabalho em curso
	Ensino a distância	Trabalho cancelado
Gestão de RH	Concessões de Auxílio Transporte	Trabalho em curso
Gestão de Suprimento de Bens e Serviços	Contratação de serviços	Trabalho cancelado
	Compras PROPI	Trabalho realizado
	Contratos de soluções de TI	Trabalho cancelado
Gestão Patrimonial	Patrimônio Imobiliário	Trabalho cancelado

Trabalhos de auditoria interna realizados sem previsão no PAINT

Assunto	Nº do processo	Nº do Relatório/Parecer
Apuração de possível irregularidade no orçamento advindo da Ação 4002	23069.004666/2017-02	Parecer 05/2017

Parecer 02/2018 - Prestação de contas da UFF no exercício 2017.

Análise da prestação de contas do curso autofinanciável Especialização em Enfermagem Gerontológica 2 2009	23069.030576/2009-59	Parecer 02/2017
--	----------------------	-----------------

Trabalhos de auditoria interna iniciados em 2016 e finalizados em 2017.

Assunto	Nº do processo	Nº do Relatório/Parecer
Atos de Admissão	23069.023127/2017-64	Relatório 01/2017
Contratação da FEC	23069.023991/2017-66	Relatório 03/2017

Relatórios de monitoramento de trabalhos realizados pela auditoria interna

Assunto	Nº do processo	Nº do Relatório de monitoramento
Reposição ao Erário	23069.023789/2017-34	001/2017
Veículos Oficiais	23069.024924/2017-69	002/2017
Gerenciamento de Resíduos Químicos do Laboratórios	23069.024952/2017-86	003/2017

A atuação da Unidade de Auditoria Interna neste contexto se dá na qualidade de facilitadora dos debates e discussão das providências cuja adoção se planeja, sem que assuma riscos e responsabilidades próprias dos gestores, em atenção à vedação da cogestão que é incompatível com atividades de auditagem.

7. Informações quantitativas e qualitativas (área de negócio, unidade regional, objeto etc.) das auditorias e/ou fiscalizações realizadas no exercício de referência do relatório de gestão.

A Auditoria Técnica avaliou os controles internos da Instituição mediante as atividades de auditoria realizadas no decorrer do exercício 2017. Além disso, atuou prestando assessoramento aos gestores em temas correlatos à sua área de atuação.

Foram realizados trabalhos de auditoria conforme previsão no instrumento anual de planejamento, cujas informações quantitativas e qualitativas encontram-se

Parecer 02/2018 - Prestação de contas da UFF no exercício 2017.

pormenorizadas no Anexo I.

8. Conclusão

A fragilidade na gestão de riscos não é uma característica intrínseca à Universidade Federal Fluminense, mas sim o resultado de diversos fatores, dentre eles a ausência de uma cultura corporativa que deposite na atividade a importância a ela atribuída por modelos gerenciais de administração.

De acordo com o entendimento do Controle Externo, a força normativa da constituição, a partir da designação como princípio constitucional da administração pública o da eficiência, insculpido em seu art. 37, é “explícita a obrigação dos gestores públicos de direcionarem seus esforços para a consecução de resultados, sendo insuficiente o atendimento aos imperativos legais e normativos”.

Nossa opinião, tendo por base os trabalhos de auditoria realizados ao longo do exercício de 2017 com base nas normas de auditoria aplicáveis ao serviço público federal, é pela **aprovação da Prestação de Contas Anual** da Universidade Federal Fluminense do exercício de 2017, **com as ressalvas e recomendações apontadas.**

É o nosso parecer.

Niterói, 28 de março de 2018.

Patrícia Paula Carvalho de Azevedo
Chefe da Auditoria Técnica/CUR
SIAPE 1465608

ANEXO I - Recomendações emitidas no exercício de 2017

Relatório	Con st.	Texto	Causa	Posicionamento da Unidade de Auditoria Interna	Recomendação	Unidade responsável	Prazo
01/2017	1	Ausência de cópia da portaria do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e do Ministério da Educação (MEC), autorizando provimento do cargo.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	Considerando as justificativas das áreas auditadas e a análise documental, verificou-se que em todos os casos constavam as informações sobre a portaria MPOG/MEC que tratam do provimento de cargos, nas respectivas portarias de nomeações dos candidatos. Sendo assim, a equipe de auditoria acolhe as justificativas da unidade examinada e suprime a recomendação.	RECOMENDAÇÃO SUPRIMIDA		
01/2017	2	Ausência de cópia do documento comprobatório da origem da vaga.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	Verificou-se que, entre dez processos nos quais não havia cópia do documento comprobatório da origem da vaga, sete tratam da nomeação de técnico-administrativo e três de docente. Estes últimos, de nºs 9643/2015-14, 9114/2015-11 e 9499/2015-16 apontam, portanto, divergência entre a manifestação da CPD e as evidências encontradas na amostra selecionada. Conclui-se que a recomendação se aplica a CPTA e CPD. Diante do exposto, a constatação deve subsistir.	Estabelecer rotinas de trabalho que assegurem a inclusão, em todos os processos de admissão, de cópia da portaria que declara vago/redistribui determinado código de vaga.	CPTA/PROG EPE	30 dias
01/2017	3	Ausência de cópias dos editais de abertura e de homologação do concurso, publicados no Diário Oficial da União (DOU).	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	A equipe de auditoria atende as justificativas das unidades examinadas e suprime a recomendação, uma vez que todos os processos administrativos analisados apresentaram cópia da portaria de nomeação, contendo as informações necessárias para a consulta e averiguação dos dados referentes aos editais de abertura e de homologação.	Definir e sistematizar rotinas de trabalho que assegurem que as cópias dos editais de abertura e de homologação, publicados no DOU, sejam incluídas em todos os processos de admissão.	CPTA/PROG EPE	30 dias
01/2017	4	Ausência de documentos que comprovem a obediência da ordem de nomeação à ordem de classificação.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	a equipe de auditoria conferiu os documentos digitalizados constantes das pastas funcionais e verificou que, da seleção dos 18 processos, 11 se referiam a candidatos aprovados e classificados na segunda colocação ou em posição posterior, significando que nestes casos deveria ser analisada a documentação comprobatória referente às convocações e nomeações dos candidatos classificados anteriormente. Dos 11 casos	CONSTATAÇÃO SUPRIMIDA		

				<p> mencionados, 10 não continham a cópia da portaria de nomeação dos candidatos classificados em momento anterior, nem qualquer documento de comprovação convocatória dos mesmos, representando 91% dos casos aplicáveis à amostragem.</p> <p> Em 05/06/17, esta Auditoria solicitou à CPTA/PROGEPE, através da SA nº 007/2017, cópias digitalizadas das portarias de nomeação de candidatos classificados anteriormente aos servidores que fizeram parte da amostra, sendo estes referentes a 10 processos relacionados a candidatos que foram classificados a partir da 2ª posição. Em análise aos documentos, verificou-se que todos os 10 casos apresentaram obediência à ordem de nomeação dos candidatos, quando comparados à ordem de classificação publicada nos respectivos editais de homologação. Considerando que o resultado da análise documental indicou eficácia do controle interno a que se refere esta constatação, a equipe de auditoria acolhe as justificativas da unidade examinada e suprime a recomendação.</p>			
01/2017	5	<p>Ausência de cópia de documentos de identificação pessoal. Ausência de cópia dos documentos referentes à comprovação profissional e de escolaridade.</p>	<p>Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.</p>	<p>(...)</p> <p> Sendo a posse um ato administrativo, presume-se que tal ato deva ser motivado, com a apresentação dos atos e fatos que fundamentaram a decisão do agente público. Entende-se que a decisão quanto à investidura em cargo público se dá com o ato da posse, conforme a Lei nº 8.112/90.:Art. 7º A investidura em cargo público ocorrerá com a posse. Dessa forma, este ato administrativo deve ser devidamente motivado, isto é, toda documentação necessária à fundamentação da posse deve compor o processo administrativo, sob pena de nulidade do ato.</p> <p> No caso da posse, além das exigências editalícias, o artigo 5º da Lei 8.112/90 define os requisitos básicos para investidura em cargo público:</p> <p> (...)</p> <p> Isto posto, tem-se que os requisitos básicos acima relacionados são os fatores que motivam o ato da posse. Logo, os documentos que comprovam tais exigências devem instruir o processo</p>	<p>Elaborar <i>checklist</i> para documentos de identificação pessoal e comprovação profissional e de escolaridade, a fim de que todos os processos de admissão apresentem documentação suficiente.</p>	<p>CPTA/PROG EPE</p>	<p>30 dias</p>

				administrativo. A prática do arquivamento destes documentos em pastas funcionais não está em conformidade com a legislação. Outrossim, a forma de arquivamento em pastas funcionais feita pelos setores de pessoal, por permitir a guarda dos documentos sem qualquer critério de ordem de classificação e de identificação dos fatos e procedimentos administrativos, não garante a permanência da existência física dos mesmos, a cronologia dos fatos, nem a eficiência na busca, consulta e guarda deles. Isto pode ser verificado ao observar o seguinte quadro, resultante da análise dos documentos das pastas funcionais (atos de admissão), referentes à amostra desta atividade de auditoria. Diante do exposto, a constatação deve subsistir.			
01/2017	6	Fragilidade na apreciação dos documentos comprobatórios da formação (escolaridade) exigida pelo edital de abertura.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	A constatação deve subsistir.	Definir rotinas de trabalho a fim de, quando da ocorrência de divergência entre as nomenclaturas de cursos exigidos nos editais e as dos diplomas e certificados apresentados pelo candidato, evidenciar nos processos de admissão a equivalência entre os cursos, através de cópia do Parecer ou da Ata da Comissão Técnica designada para a avaliação desses documentos.	CPTA/PROG EPE	30 dias
01/2017	7	Ausência de comprovação do visto de permanência no país.	Falha nos controles internos relacionados com os atos de admissão de pessoal.	A constatação deve subsistir.	1) Elaborar controles internos visando a mitigar o risco de ocorrência de atos praticados pela Administração, que conflitem com regras estabelecidas em edital. 2) Verificar a possibilidade de, nos editais de abertura, condicionar a nomeação de candidato estrangeiro à comprovação de visto temporário no Brasil.	CPTA/PROG EPE	60 dias
01/2017	8	Ausência de Autodeclaração étnico-racial.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	Realizada a análise dos documentos digitalizados constantes das pastas funcionais, esta Auditoria verificou que, dos 3 casos detectados para esta constatação, um não continha o formulário de autodeclaração étnico-racial, representando 33% da amostra aplicável. A CPTA ratifica a posição desta Auditoria Técnica ao afirmar que o referido	Definir e sistematizar rotinas de trabalho que assegurem a inclusão do formulário "Autodeclaração étnico-racial", devidamente preenchido, datado e assinado, nos processos de admissão de candidatos que concorreram a vagas reservadas para negros.	CPTA/PROG EPE	30 dias

				formulário deverá compor, a partir das próximas admissões, o processo de nomeação do candidato ingressante através da reserva de vagas. Desta forma, a constatação deve subsistir.			
01/2017	9	Ausência de campo específico, no atestado de inspeção médica, que assegure a aptidão mental do servidor.	Ausência de revisão periódica dos formulários adotados para inspeção médica dos candidatos.	A constatação deve subsistir.	Providenciar campo de preenchimento referente à avaliação mental do candidato no formulário “Atestado de Saúde Ocupacional”, contendo a identificação da realização dos exames; bem como, a data da realização dos mesmos, a assinatura e os dados de identificação do profissional responsável.	CPTA/PROG EPE	30 dias
01/2017	10	Ausência de documentos que comprovem o patrimônio do servidor no ato de sua posse.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	(...) Sendo a posse um ato administrativo, presume-se que tal ato deva ser motivado, com a apresentação dos atos e fatos que fundamentaram a decisão do agente público. Entende-se que a decisão quanto à investidura em cargo público se dá com o ato da posse, conforme a Lei nº 8.112/90: Art. 7º A investidura em cargo público ocorrerá com a posse. Dessa forma, este ato administrativo deve ser devidamente motivado, isto é, toda documentação necessária à fundamentação da posse deve compor o processo administrativo, sob pena de nulidade do ato. No caso da posse, o parágrafo 5º do artigo 13, da Lei nº 8.112/1990 estabelece: § 5º No ato da posse, o servidor apresentará declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e declaração quanto ao exercício ou não de outro cargo, emprego ou função pública. (Grifo nosso) Isto posto, tem-se que a apresentação da declaração de bens e valores é requisito que motiva o ato da posse. Logo, esta declaração deve instruir o processo administrativo. A prática do arquivamento deste documento em pastas funcionais não está em conformidade com a legislação. A constatação deve subsistir.	Definir e sistematizar rotinas de trabalho que assegurem a devida instrução dos processos de admissão com a última “Declaração de Bens e Valores” ou com o “Formulário de Autorização de Acesso às Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física” (Anexo I da IN-TCU nº 65/2011), respeitando a tempestividade dos atos.	CPTA/PROG EPE	30 dias
01/2017	11	Ausência do Termo de	Falha na sistematização	[...]	1) Definir e sistematizar rotinas de trabalho	CPTA/PROG	30 dias

		Posse e Compromisso / informações incompletas.	das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal / Ausência de revisão periódica do formulário “Termo de Posse e Compromisso”	<p>Sendo a posse um ato administrativo, presume-se que tal ato deva ser motivado, com a apresentação dos atos e fatos que fundamentaram a decisão do agente público. Entende-se que a decisão quanto à investidura em cargo público se dá com o ato da posse, conforme a Lei nº 8.112/90: Art. 7º A investidura em cargo público ocorrerá com a posse.</p> <p>Dessa forma, este ato administrativo deve ser devidamente motivado, isto é, toda documentação necessária à fundamentação da posse deve compor o processo administrativo, sob pena de nulidade do ato.</p> <p>No caso da posse, o artigo 13 da Lei nº 8.112/1990 institui:</p> <p>A posse dar-se-á pela assinatura do respectivo termo, no qual deverão constar as atribuições, os deveres, as responsabilidades e os direitos inerentes ao cargo ocupado, que não poderão ser alterados unilateralmente, por qualquer das partes, ressalvados os atos de ofício previstos em lei. (Grifos nossos)</p> <p>Isto posto, tem-se que a assinatura do termo de posse e compromisso - no qual conste as atribuições, os deveres, as responsabilidades e os direitos inerentes ao cargo ocupado - é requisito que motiva o ato da posse. Logo, este termo deve instruir o processo administrativo. A prática do arquivamento deste documento em pastas funcionais não está em conformidade com a legislação. A constatação deve subsistir.</p>	que assegurem a devida inclusão do “Termo de Posse e Compromisso”, devidamente preenchido e assinado em todos os processos de admissão. 2) Incluir no Termo de Posse e Compromisso as atribuições, deveres, responsabilidades e direitos inerentes ao cargo ocupado, atendendo a exigência estabelecida, no artigo 13 da Lei nº 8.112/1990.	EPE	
01/2017	12	Ausência da ficha SIAPE/ informações incompletas.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	Conforme manifestação da área auditada, a inclusão da ficha SIAPE no processo de admissão é uma ferramenta de verificação quanto à possibilidade de existência de vínculo federal do candidato antes do seu ingresso na Universidade. Sendo assim, esta unidade de Auditoria recomenda a inclusão da ficha SIAPE em todos os processos de admissão, e não somente nos casos em que tenha sido verificado o vínculo com outro órgão federal. A constatação deve subsistir.	Definir e sistematizar rotinas de trabalho que assegurem a verificação de vínculo ou não do candidato a outro órgão público; bem como, a inclusão dos seus dados cadastrais no SIAPE.	CPTA/PROG EPE	30 dias
01/2017	13	Informações Incompletas no Termo	Ausência de revisão periódica do formulário	Entendendo que o termo de responsabilidade é um documento de compromisso celebrado entre o	Incluir, no formulário Termo de Responsabilidade, (1) a informação	CPTA/PROG EPE	30 dias

		de Responsabilidade.	“Termo de Responsabilidade”.	candidato e a UFF, nos casos de acumulação lícita de cargos, faz-se necessário explicitar: o “horário de trabalho”, referente ao cargo ocupado na outra instituição pública; e, os limites de carga horária diária e semanal. A constatação deve subsistir.	“horário de trabalho”, referente ao cargo ocupado na outra instituição pública; e (2) a orientação ao servidor a respeito da fundamentação legal, respectiva às limitações máxima e mínima da carga horária semanal.		
01/2017	14	Ausência da Declaração de Compromisso para Docentes em Regime de Dedicação Exclusiva.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	Em atendimento à SA 005/2017, a equipe de auditoria recebeu e conferiu os documentos digitalizados constantes das pastas funcionais. Constatou-se a existência desta declaração nas pastas funcionais para os dois casos apontados no texto da presente constatação. Considerando que o resultado da análise documental indicou eficácia do controle interno a que se refere esta constatação, a equipe de auditoria acolhe a justificativa da unidade examinada e suprime a recomendação.	Definir e sistematizar rotinas de trabalho que assegurem a inclusão do formulário “Declaração de Compromisso para Docentes em Regime de Dedicação Exclusiva”, devidamente preenchido e assinado em todos os processos de admissão em Dedicação Exclusiva.	CPTA/PROG EPE	30 dias
01/2017	15	Ausência da Declaração de Não Acumulação de Cargos.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	Em atendimento à SA 005/2017, a equipe de auditoria recebeu e conferiu os documentos digitalizados constantes das pastas funcionais. Constatou-se a existência desta declaração nas pastas funcionais para os três casos apontados no texto da presente constatação. Considerando que o resultado da análise documental indicou eficácia do controle interno a que se refere esta constatação, a equipe de auditoria acolhe a justificativa da unidade examinada e suprime a recomendação.	Definir e sistematizar rotinas de trabalho que assegurem a inclusão do formulário “Declaração de Não Acumulação de Cargos ou Empregos Públicos”, devidamente preenchido e assinado em todos os processos de admissão.	CPTA/PROG EPE	30 dias
01/2017	16	Descumprimento do prazo estabelecido para o envio da Ficha SISAC.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os atos de admissão de pessoal.	A constatação deve subsistir.	1) Definir e sistematizar rotinas de trabalho que assegurem o cumprimento do prazo de envio do formulário SISAC ao órgão de controle interno. 2) Estabelecer rotinas de trabalho que assegurem a inclusão do formulário SISAC em todos os processos de admissão, devidamente preenchido, contendo, inclusive, a data de envio do mesmo ao órgão de controle interno.	CPTA/PROG EPE	30 dias

01/2017	17	Fragilidade no mapeamento de processos / necessidade de maior detalhamento das etapas e tarefas que envolvem os atos de admissão de pessoal.	Falta de treinamento sobre mapeamento de processos, regras de fluxogramação de suas etapas e Convenções Gerais para o Desenho e Leitura do Fluxograma / Conectores / Setas.	A constatação deve subsistir.	Realizar mapeamento detalhado do processo de admissão, observando as Convenções Gerais para o Desenho e Leitura do Fluxograma / Conectores / Setas.	CPTA/PROG EPE	30 dias
02/2017	1	Fragilidade na fundamentação da solicitação/requisição de compra	Falta de aderência das áreas solicitantes às orientações da área de compras e ausência de formalização de instruções	A unidade auditada observou os apontamentos realizados pela Auditoria Interna e concordou em realizar as devidas correções para sanar os processos da unidade com providências já informadas. Na fase de monitoramento serão analisadas as providências adotadas. Cabe ressaltar que a duração da etapa de monitoramento vincula-se à implementação da recomendação, isto é, de sua efetiva realização e respectiva comprovação.	1) Instruir os processos de compras com solicitações fundamentadas, contendo as devidas justificativas, comprovações e objetivos a serem alcançados com a solução pretendida; 2) Orientar às áreas solicitantes sobre o formato adequado da solicitação.	PROPPI	30 dias
02/2017	2	Ausência de justificativa detalhada para o quantitativo da demanda	Falta de aderência das áreas solicitantes às orientações da área de compras ou falta de orientação da área de compras quanto à elaboração de solicitação/requisição de compras.	A unidade apresenta esclarecimentos, informa que anexou os protocolos aos processos para fundamentar a quantidade solicitada e destaca as providências a serem adotadas para mitigar o risco da ausência de justificativa detalhada para o quantitativo da demanda. As providências adotadas serão monitoradas na etapa de monitoramento do presente relatório.	Constar de seu processo administrativo de contratação a justificativa dos quantitativos solicitados.	PROPPI	30 dias
02/2017	3	Ausência de confirmação da comprovação de exclusividade	Falta de observância das orientações dos órgãos de controle.	O TCU, demonstrando preocupação com o teor dos atestados de exclusividade que instruem os processos de adjudicação direta por inexigibilidade de licitação, sumulou orientação aos órgãos jurisdicionados no sentido de se cercarem de cuidados no recebimento de documentos dessa natureza, conforme demonstrado no Acórdão 633/2010-Plenário. [...] A fé pública relaciona-se aos documentos produzidos pelos servidores públicos. Presume-se que o conteúdo dos documentos sejam verdadeiros,	Confirmar a veracidade da documentação comprobatória da condição de exclusividade.	PROPPI	30 dias

				<p>até prova em contrário. Os atestados de exclusividade foram encaminhados pelas empresas contratantes, sendo possível apenas, aos pesquisadores e docentes da UFF, a autenticação das cópias mediante a apresentação dos documentos originais.</p> <p>Por fim, quanto à análise da d. Procuradoria Federal junto à UFF, entendemos que sua análise prévia está correta, entretanto, o órgão de consultoria jurídica não avalia a execução do contrato em sua inteireza como o faz a Auditoria Técnica – e nem poderia, por não estar a atividade em seu escopo de atuação.</p> <p>É dizer, a atuação da Auditoria Técnica não se confunde com a da Procuradoria Federal junto à UFF, sendo certo que a análise de cada um desses órgãos possui finalidades, características e regras particulares. Quando muito, as análises podem ser complementares, em benefício da própria instituição. Logo, o parecer invocado, por mais preciso e fundamentado que esteja, não vincula a análise da auditoria interna e em nada elide a constatação sob análise.</p>			
02/2017	4	Desconformidade no enquadramento da modalidade de compra direta	Ausência de controles internos para verificação de possíveis erros.	A unidade apresenta esclarecimentos, informa que considerou o tempo de processamento e a urgência para se decidir enquadrar o processo no art. 24, inciso II. E também sugeriu providências a serem adotadas para sanar estas ocorrências, como a utilização de check-list, já existente na instituição. As providências adotadas serão monitoradas na etapa de monitoramento do presente relatório.	Enquadrar devidamente os processos de inexigibilidade conforme a legislação vigente.	PROPPI	30 dias
02/2017	5	Deficiência na justificativa do preço contratado por inexigibilidade	Ausência dos procedimentos de controle de conformidade da	A unidade justifica falha no controle interno e informa que anexou, aos processos de inexigibilidade, os documentos comprobatórios dos preços cobrados na contratação. A aplicação de check-list (lista de verificação) tende a minimizar a ocorrência do fato discriminado, sendo necessário monitorar as providências a serem adotadas pela unidade. Diante do esclarecimento da unidade de que não houve discordância do parecer da Procuradoria	Apresentar justificativa de preço nos processos de inexigibilidade de licitação, utilizando-se, por exemplo, de lista de verificação que contemple os requisitos necessários para contratação.	PROPPI	30 dias

				Federal nos processos 23069.050252/16-66, 23069.050568/16-58 e 23069.050577/16-49, a equipe de auditoria suprimiu a constatação “Discordância dos termos do parecer jurídico sem motivação por escrito”. A unidade informou que anexou aos processos comprovante da justificativa dos preços.			
02/2017	6	Ausência de comprovação de comunicação à autoridade superior	Ausência dos procedimentos de controle da conformidade	A unidade justifica falha no controle interno e indica providências a serem adotadas. A utilização de lista de verificação tende a minimizar o risco da ausência de comprovação de comunicação à autoridade superior, sendo necessário monitorar as providências a serem adotadas pela unidade.	Comprovar comunicação à autoridade superior nos processos de inexigibilidade de licitação.	PROPPI	30 dias
02/2017	7	Consulta incompleta sobre possíveis penalidades e ocorrências no cadastro das empresas contratadas	Falta de observância das orientações dos órgãos de controle.	A unidade apresenta esclarecimentos e informa que realizará as consultas ao CEIS e CNJ, sendo necessário monitorar as providências a serem adotadas pela unidade.	Realizar consultas, adicionalmente ao SICAF, no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e no Cadastro Nacional de Condenações Cíveis do CNJ. As providências a serem adotadas serão monitoradas na etapa de monitoramento do presente relatório.	PROPPI	30 dias
02/2017	8	Documentos em língua estrangeira sem tradução	Não observância dos elementos fundamentais para instrução processual.	A unidade auditada concordou com a constatação e informou que providenciará a tradução dos documentos em língua estrangeira com o apoio do setor SRI - Superintendência de Assuntos Internacionais. Ressaltamos aqui que nos casos em que as empresas apresentem orçamentos e documentos complementares como atestados e relatórios técnicos, estes devem ser juramentados às custas das mesmas. Caso a empresa não forneça documentos em outros idiomas por opção comercial e ainda sim a UFF necessite deste serviço, é o caso de o setor de compras fazer a devida justificativa no processo para preservar a instrução processual.	Preservar a instrução processual com documentos no vernáculo.	PROPPI	30 dias
02/2017	9	Ausência de utilização da cotação eletrônica	Não observância das regulamentações vigentes	A unidade auditada entendeu que a utilização das cotações eletrônicas não era obrigatória pela interpretação da lei, mas irá atender às orientações do TCU e MPOG e utilizá-las para resguardar a transparência e ampliar a competitividade das aquisições de pequeno valor.	Utilizar ferramenta de cotação eletrônica para enriquecer a pesquisa de preços dos processos de dispensa de licitação enquadrados no Art. 24, inciso II da Lei 8.666/1993 (pequeno valor).	PROPPI	30 dias

03/2017	01	Inexistência de menção no Plano de Trabalho quanto às “melhorias mensuráveis” para as condições da Universidade e inadequação da informação sobre o “indicador de metas”.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas à contratação de serviços relacionados a projetos com a FEC.	O documento mencionado no memorando da PROPLAN nº 76 de 2017 - “Plano de Trabalho do Projeto Sócio Educativo”, não foi anexado ao e-mail remetido à Auditoria Técnica. Considerando as justificativas das áreas auditadas, em que as mesmas afirmam erro na classificação do projeto analisado, e ainda, as providências tomadas quanto à correta classificação em projetos posteriores com tema da mesma natureza; não se tratando mais de uma prestação de serviço de PDI, e portanto, não sendo exigida menção às melhorias mensuráveis e seus indicadores de metas nos PT’s dos novos projetos esportivos contratados com a FEC, a equipe de auditoria suprime as recomendações.			
03/2017	02	Enquadramento inadequado do projeto.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas à classificação do projeto.	como informado na análise da manifestação anterior, o documento mencionado no memorando da PROPLAN nº 76 de 2017 - “Plano de Trabalho do Projeto Sócio Educativo”, não foi anexado ao e-mail remetido à Auditoria Técnica. Considerando as justificativas das áreas auditadas, em que as mesmas afirmam erro na classificação do projeto analisado, e ainda, as providências tomadas quanto à correta classificação em projetos posteriores com tema da mesma natureza, a equipe de auditoria suprime as recomendações.			
03/2017	03	O Plano de Trabalho não previu gastos com hospedagem e locomoção	Falha na elaboração do Plano de Trabalho.	Considerando a justificativa da área auditada e sendo o contrato, em análise, cancelado, constatou-se que não há mais o que discorrer ou corrigir. Sendo assim, a equipe de auditoria suprime a recomendação.			
03/2017	04	Cobrança imprópria da fundação de apoio para as despesas operacionais, na forma de uma taxa administrativa.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas à contratação de serviços com a fundação de apoio.	Considerando a justificativa da área auditada e a análise documental do Ofício PLAP/PROPLAN nº 1046/2017 de 17/08/17, verificou-se que a PLAP acolheu a recomendação desta Auditoria para o projeto analisado. Apesar disto, devido esta averiguação mostrar-se recorrente em exames de auditorias anteriores, e ainda, pelo fato de a FEC não ter apresentado mudanças na apresentação da cobrança de seus custos operacionais, como	1) Solicitar da fundação de apoio, quando da sua elaboração da proposta comercial, uma precificação adequada, do custo operacional, respeitando a legislação pertinente. 2) Atentar e recusar às formas indevidas de apresentação de preços e custos dos serviços da contratada, como a aplicação de um índice percentual sobre o	PLAP/PROPLAN	30 dias

				evidência de correção e regularização à constatação, as recomendações devem subsistir.	valor total do projeto, ou valor equivalente.		
03/2017	5	Inexistência de documentos obrigatórios que integram a atualização do Plano de Trabalho.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com o controle e acompanhamento da atualização do Plano de Trabalho.		Recomendação suprimida		
03/2017	6	Ausência de cumprimento às exigências legais e contratuais quanto à prestação de contas do projeto anterior ao analisado, com objeto semelhante.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas ao controle na prestação de contas de projetos (especificamente, projeto anterior com objeto semelhante).	Diante das manifestações da área auditada, e devido à necessidade de obter evidências que comprovem as ações da PLAP, as recomendações devem subsistir. Sendo assim, quanto à regularização da presente constatação, a recomendação nº 1 será verificada posteriormente, na fase de monitoramento desta atividade de auditoria. E as recomendações nºs 2, 3 e 4, por serem “gerais”, orientadas à unidade auditada, ficam destinadas a toda e qualquer contratação de projetos com a FEC; e portanto, analisadas nas próximas auditorias a serem realizadas pela AT, com o tema “contratação de projetos com a FEC”.	1) Providenciar o ajuste de todas as pendências da prestação de contas do projeto 3447-9 “Corrida e Caminhada UFF 9 km – Circuito Niterói/2014” apontadas pela PLAP/PROPLAN e por esta Auditoria. 2) Que a prestação de contas seja apresentada dentro do prazo contratado, com seus devidos documentos comprobatórios até o encerramento da respectiva conta bancária. 3) Quando o setor de análise da prestação de contas do projeto encontrar alguma pendência, o mesmo deve estabelecer um prazo para que a FEC atenda a sua solicitação. 4) Criar controles para que não sejam aceitas contratações em desconformidade com a legislação.	PLAC/PROP LAN	30 dias
03/2017	7	Ausência de documento de habilitação da FEC.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas ao controle, durante a fase de análise da documentação para a contratação de serviços.		Recomendações suprimidas		
	8	Ausência de documentos relativos à comprovação de seleção de bolsistas.	Falha da Universidade no estabelecimento de sistemática de divulgação e seleção de pessoal, através de	Em análise às manifestações das áreas, a equipe de auditoria entende que as ações das unidades auditadas apresentam-se em contradição com a legislação e as normas institucionais, sendo suas justificativas insustentáveis. “.....Diante do exposto, ainda que o cancelamento do projeto em	Criar controles para que seja imprescindível a apresentação de documentos relativos à comprovação de seleção para concessão de bolsas (currículos, diplomas, certificados, declarações ou atestados que evidenciem a aptidão técnica de cada bolsista para o	PLAP/PROG RAD	30 dias

			critérios objetivos, na contratação de bolsistas.	análise tenha ocorrido, a recomendação deve subsistir.	desempenho de suas tarefas).		
	9	Inexistência de comprovação de submissão ao teto salarial constitucional.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com o controle de gestão de pessoas, para a concessão de bolsas de ensino.	Considerando a justificativa da área auditada e a análise documental do anexo encaminhado, a equipe de auditoria suprime a recomendação.			
	10		Falha no planejamento e execução. Falha na comunicação entre as áreas auditadas.	Diante da justificativa da área auditada e, apesar do contrato em análise ter sido cancelado, a informação de restrição da participação dos bolsistas na 1ª etapa do projeto e sua motivação deveriam constar dos autos do processo, considerando a gravidade do fato, que acarretou em subcontratação total de um serviço ora contratado com a FEC. Sendo assim, a constatação deve subsistir.	Substanciar os processos, formalmente, com as informações e justificativas relacionadas às alterações do Plano de Trabalho, e de quaisquer outras naturezas que sejam relevantes para esclarecimentos de fatos ocorridos inesperadamente.	PLAC/PROG RAD	30 dias
	11	Subcontratação total do projeto executado.	Falha no planejamento do projeto.	As recomendações emitidas pela AT para esta constatação são consideradas “gerais”, entendendo que as mesmas devem ser observadas em todos os projetos contratados com a FEC. Em análise às manifestações das áreas auditadas, e devido ao fato da gravidade da constatação, as recomendações devem subsistir. Para tanto, a manifestação nº 1 será analisada, posteriormente, na fase de monitoramento desta atividade de auditoria. As manifestações nºs 2 e 3 serão analisadas pela AT em atividades de auditoria futuras, com o mesmo tema “contratação de projetos com a FEC”.	<ol style="list-style-type: none"> Quando da alteração do quadro dos bolsistas, fazer constar do processo o apostilamento do Plano de Trabalho com as devidas correções. Instituir ações de controle com o intuito de impedir a execução de projetos sem qualquer participação de pessoas vinculadas à UFF (parágrafo 4º do Artigo 1º da Lei nº 8.958/1994), e de atender às exigências de justificativas e aprovações do Conselho Universitário para o limite de participação de pessoas vinculadas à Universidade (Decreto nº 7.423/2010). Fazer constar dos processos todas as informações necessárias em relação aos 	PLAP e PROGRAD	30 dias

					bolsistas, contendo, inclusive, descrição das atividades e quadro contendo a carga horária a ser despendida por cada um dos bolsistas na execução do mesmo.		
	12	Ausência de documento oficial comprovando a indicação do fiscal do contrato.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas como controle de informações oficiais.	Em análise às manifestações da área auditada, a recomendação deve subsistir.	Fazer constar o documento oficial (cópia do Boletim de Serviço) no processo, como comprovação da indicação do fiscal do contrato.	PLAP	30
	13	Atuação limitada do fiscal do contrato.	Falta de definição de responsabilidades quanto à fiscalização e controle do projeto.	Diante da manifestação da área auditada, as recomendações devem subsistir.	<p><u>À Administração Central:</u></p> <p>1. Normatizar a implantação da sistemática de gestão, controle e fiscalização de contratos, de forma a individualizar o gerenciamento dos recursos envolvidos em cada um deles;</p> <p>2. Atender às recomendações dos Acórdãos TCU nº 1.450/2011 - Plenário e nº 3.559/2014 – Plenário.</p> <p><u>Ao Fiscal do Contrato:</u></p> <p>1. Comprovar nos autos do processo a atuação fiscal, diante dos fatos que envolvem o acompanhamento da execução dos contratos de serviços prestados à Universidade pela fundação de apoio. Atentar à legislação que norteia às rotinas de fiscalização do contrato, inclusive a obrigatoriedade de relatar todas as atividades relacionadas à contratação desta Universidade com a sua fundação de apoio, principalmente, aos fatos ocorridos, estranhos e divergentes às ações planejadas.</p>	Administração central e ao fiscal do contrato	30 dias
	14	Não atendimento às recomendações da PF/UFF	: considerando a justificativa da área auditada, a equipe de auditoria suprime a recomendação.	Considerando a justificativa da área auditada, a equipe de auditoria suprime a recomendação.	Recomendações suprimidas		

03/2017	15	Saldo remanescente em conta bancária. / Ausência de documentos comprobatórios de lançamentos bancários. /Inexistência de assinaturas em documentos.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas à conferência da conciliação bancária e do conteúdo da documentação relativa à finalização do projeto, contratado com a fundação de apoio.	Diante das manifestações da área auditada, para comprovação das ações providenciadas, as recomendações devem subsistir.	1. Embora o contrato ainda não estivesse em fase de prestação de contas à época da análise desta Providenciar as ações relacionadas à rescisão do contrato. 2. Instituir mecanismos de divulgação das prestações de contas dos instrumentos contratuais, em sítio da <i>internet</i> , firmados e mantidos pela fundação de apoio, de acordo com o Inciso V do artigo 4ºA da Lei nº 8.958/94. 3. Fazer constar da prestação de contas, cópias de todos os documentos comprobatórios referentes aos lançamentos bancários, inclusive os respectivos aos valores destacados no quadro 6.	À PLAP	30 dias
03/2017	16	Cobrança imprópria da fundação de apoio para as despesas operacionais, na forma de uma taxa administrativa.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas à contratação de serviços com a fundação de apoio.	Considerando a justificativa da área auditada e a análise documental do Ofício PLAP/PROPLAN nº 1046/2017 de 17/08/17, verificou-se que a PLAP acolheu a recomendação desta Auditoria para o projeto analisado. Apesar disto, devido esta averiguação mostrar-se recorrente em exames de auditorias anteriores, e ainda, pelo fato de a FEC não ter apresentado mudanças na apresentação da cobrança de seus custos operacionais, como evidência de correção e regularização à constatação, as recomendações devem subsistir.	Observar as mesmas recomendações mencionadas na “Constatação nº 04”.	PLAP:	30 dias
03/2017	17	Ausência de documentos relativos à comprovação de seleção de bolsistas.	Falha da Universidade no estabelecimento de sistemática de divulgação e seleção de bolsista	Em análise às manifestações das áreas, a equipe de auditoria entende que a ação da PLAP, quanto à comprovação do processo seletivo, bem como sua justificativa, apresentam-se em contradição com a legislação e as normas institucionais. Além de não mostrar sentido, compromete a relação do serviço da administração pública da Universidade com os princípios da publicidade e isonomia. As unidades	À Faculdade de Odontologia: observar as mesmas recomendações mencionadas na “Constatação nº 08”.	Faculdade de Odontologia	30 dias

				auditadas, PLAP e Faculdade de Odontologia, não mencionaram se os documentos em questão foram reproduzidos em arquivos físicos ou magnéticos para arquivo. Diante do exposto, a recomendação deve subsistir.			
03/2017	18	Inexistência de comprovação de submissão ao teto salarial constitucional.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com o controle de gestão de pessoas, para a concessão de bolsas de ensino.	Considerando a justificativa da área auditada e a análise documental do anexo encaminhado, a equipe de auditoria suprime a recomendação.			
03/2017	19	Inexistência de parâmetros definidores dos valores das bolsas.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas com os parâmetros de definição dos valores das bolsas.	Diante da ausência de manifestação, a recomendação deve subsistir. Sendo esta constatação considerada como “geral”; ou seja, direcionada à PLAP em todos os contratos de projetos celebrados com a FEC, a análise desta recomendação será realizada futuramente, quando das próximas atividades de auditoria.	Estabelecer critérios para fixação dos valores das bolsas pagas nos projetos contratados com a fundação de apoio.	PROPLAN	30 dias
03/2017	20	Atuação limitada do fiscal do contrato.	Falta de definições internas de responsabilidades quanto à fiscalização dos projetos.	Diante da manifestação da área auditada, as recomendações devem subsistir.	<ul style="list-style-type: none"> - Ao GAR: observar as mesmas recomendações mencionadas na “Constatação nº 13”. - Ao Fiscal do Contrato: observar as mesmas recomendações mencionadas na “Constatação nº 13”. 		30 dias
03/2017	21	Descumprimento do princípio da segregação de funções.	Falha no planejamento, no controle e na fiscalização do projeto relacionada à segregação de funções.	Diante da manifestação da área auditada, a equipe de auditoria verificou que a justificativa não sustenta o fato ocorrido. Entende-se, a constatação, como grave descumprimento ao princípio da segregação de funções, previsto na legislação pertinente. A concentração de funções relacionadas às áreas de execução orçamentária, financeira, e de gestão sobre tais áreas, bem como,	À PLAP: criar mecanismos de controle que impeçam os riscos de incidirem em conflito de interesses, com o acúmulo de funções de autorização, execução, registro e controle de atos e fatos administrativos, atentando à legislação referente ao princípio da segregação de função.	PLAP	30 dias

				a gestão de contratos; seja em uma única pessoa ou em pessoas com grau de parentesco de alta proximidade, indica má conduta desses servidores públicos. Uma vez que tal prática compromete o controle interno, pondo em risco a segurança do patrimônio público da instituição, a recomendação deve subsistir.			
03/2017	22	Valor pago à fundação de apoio que não corresponde ao serviço prestado, nem contratado.	Falha na sistematização das rotinas de trabalho relacionadas à conferência de documentos fiscais e recibos referentes a serviços prestados à UFF, em momento antes da liquidação da despesa.	Em análise à manifestação da área, a equipe de auditoria verificou que os documentos mencionados (fls.177 e 182), tratam apenas do registro contábil (RA's e NS's), como já mencionado no texto da constatação. Observa-se que a informação da PLAP, apresenta-se equivocada, uma vez que a evidência financeira de devolução à UFF (crédito no extrato da conta bancária), referente ao valor pago indevidamente à FEC, não foi satisfeita à Auditoria Técnica. Os documentos mencionados em sua manifestação comprovam apenas aos registros contábeis realizados no SIAFI. A prova de devolução financeira pecuniária, relacionada às RA's deve estar consubstanciada como um crédito no valor total de R\$ 161.500,00 na conta-corrente da UFF, específica ao projeto. Sendo assim, as recomendações devem subsistir.	1. Instituir mecanismos de conferência dos dados constantes das notas fiscais e recibos de serviços prestados à Universidade, com o intuito de evitar registros contábeis indevidos; bem como, o pagamento de valores a credor, que não correspondam aos serviços prestados e contratados. 2. Em casos de pagamentos da UFF indevidos à FEC, instruir os processos administrativos com os documentos contábeis (lançamentos no SIAFI) e financeiros (extratos bancários das contas do projeto) que comprovem a devolução de valor à UFF.	PLAP/PROP AN e DCF	30 dias
004/2017	1	Ausência de controle tempestivo dos programas e projetos, definidos para execução no exercício de 2017, alinhados aos objetivos estratégicos do PDI.	Fragilidades no controle sistemático dos programas e projetos executados com recursos do PDI.	Considerando que será solicitado pronunciamento da CMOM, o Controle Interno aguardará manifestação.	Recomendamos a CMOM o envio da relação de todos os projetos aprovados para execução no exercício de 2017 com recursos do PDI, informando nome do projeto, proponente, valor previsto para custeio e capital.	CMOM/PRO PLAN	60 Dias

004/2017	2	Valor patrimonial dos bens móveis desatualizado	Ausência de procedimentos de depreciação dos bens móveis	Na análise do 1º semestre de 2017, ora em execução, quanto ao atendimento do normativo técnico, evidenciamos o mesmo fato de que a apuração da depreciação dos bens não ocorreu mensalmente, como previsto na NBC T 16.9. Ressaltamos que o DCF não se pronunciou sobre o assunto. Assim, destacamos que, os procedimentos a serem adotados nas Unidades serão objeto de acompanhamento através do plano de providências correspondente.	Reiteramos à CAP e a STI que enviem esforços para a implementação e execução dos procedimentos de depreciação dos bens móveis no SISAP.	CAP SAEN e STI	Imediato
					Recomendamos ao DCF que acompanhe a execução dos procedimentos de depreciação dos bens móveis, posto a exigência legal de demonstração atualizada do valor do patrimônio da Universidade.	DCF	Imediato
004/2017	3	Existência de saldos de empenhos inscritos em Restos a Pagar referentes a vários exercícios anteriores	Ausência de rotina periódica e sistematizada no acompanhamento dos saldos de empenhos inscritos em Restos a Pagar	Considerando a ausência de manifestação da Unidade Auditada sobre a implementação de rotina periódica e sistematizada visando a anulação de saldos de empenhos cujas despesas não se ajustem às hipóteses legais de manutenção/inscrição/reinscrição de Restos a Pagar; considerando o volume de saldos em Restos a Pagar referentes a 5 anos para RPP e a 8 anos para RPNP, demonstrado no Quadro 11 identificamos possível fragilidade no controle desses compromissos ainda pendentes.	Recomendamos ao DCF que adote rotina periódica e sistematizada visando o acompanhamento e a possível anulação de saldos de empenhos cujas despesas não se ajustem às hipóteses legais de manutenção/inscrição/reinscrição de Restos a Pagar.	DCF	Imediato
					Recomendamos ao DCF que apresente justificativa para cada compromisso inscrito em Restos a Pagar Processado e Não Processado.	DCF	60 dias
004/2017	4	Contratos com períodos de vigência superiores a 60 meses	Enquadramento de excepcionalidade de contratos	Considerando que será solicitado pronunciamento da Unidade, o Controle Interno aguardará manifestação.	Recomendamos proceder a abertura do processo licitatório com a antecedência necessária, se for o caso, de modo a não incorrer em processo emergencial ou na descontinuidade do serviço, atentando para o término de vigência dos Contratos nº 05 e 06/2012, em 02/02/2018 e 19/03/2018, respectivamente.		90 dias
004/2017	5	Existência de saldos referentes a créditos a	Cessão de servidor para órgão constante da lista	Na análise dos registros contábeis do 1º semestre de 2017, verificamos as alterações ocorridas nos	Recomendamos ao DCF/PROPLAN e ao DAP/PROGEPE, que identifiquem os	DCF/PROPLAN e AN	60 dias

		receber por cessão de pessoal.	de devedores e fragilidade no acompanhamento sistemático do retorno do servidor.	saldos devedores. Porém, ainda assim, ressaltamos a existência de pendências correspondente a Prefeitura Municipal de Itaboraí, saldo devedor observado no em 31/12/2007 e que se mantém até 30/06/2017, configurando fragilidade de controle no tocante a cobrança e a possível prescrição da dívida. Na análise das planilhas contidas no processo nº 23069.051207/2016-29, destacamos que os valores fornecidos referem-se a 31/05/2017 e por isso não foram tratados aqui.	possíveis débitos sujeitos a prescrição, envidando esforços para que não haja perda para a Universidade	DAP/PROGEPE	
					Recomendamos ao DCF que apresente planilha contendo todos os registros referentes a servidores cedidos (órgão cessionário, inscrição no SIAFI, nome do servidor, valor atualizado e período de competência débito-mês/ano).	DCF	60 dias
					Recomendamos ao DCF/PROPLAN e ao DAP/PROGEPE, tempestividade na cobrança aos órgãos cessionários.	DCF/PROPLAN e DAP/PROGEPE	Imediato
004/2017	6	Existência de saldos referentes a créditos inscritos em Dívida Ativa não Tributária a receber por cessão de pessoal	Fragilidades no acompanhamento sistemático dos créditos da UFF inscritos em Dívida Ativa, correspondentes a órgãos cessionários.	Na análise dos registros contábeis do 1º semestre de 2017, verificamos as alterações ocorridas nos saldos devedores, ressaltamos, porém, que ainda não se obteve êxito na execução dos mesmos. Ressalvamos, ainda, a excessiva morosidade na atualização dos saldos devedores, como observado na análise dos dados e do não envio de informações para o Conselho de Curadores, solicitação exarada do Despacho n.00249/2016/CCJA/PFUFF/PGF/AGU, de 17/03/2016, ao Setor de Cobrança e Recuperação de Créditos. Neste contexto, figura a possibilidade de prejuízo ao erário, colocando em risco a credibilidade da UFF perante aos órgãos de controle. Para conhecimento do que orienta o Manual SIAFI acerca da atualização monetária dos Créditos Inscritos em Dívida Ativa, transcrevemos abaixo o item 2.3.10, da Macrofunção 021112 - DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO:	Recomendamos ao DCF que apresente planilha contendo todos os registros referentes a servidores cedidos (órgão cessionário, inscrição no SIAFI, nome do servidor, valor atualizado e período de competência-mês/ano do débito).	DCF	60 dias
					Recomendamos ao DCF/PROPLAN, que apresente planilha contendo dados de todos os órgãos devedores inscritos em Dívida Ativa (nome, documento contábil originário com o número e data do registro, processo judicial que embasou o procedimento contábil).	DCF	60 dias
					Recomendamos ao DCF/PROPLAN e a PROGEPE que identifiquem os débitos que não tenham sido atualizados em qualquer momento (como observado nos registros das Prefeituras Municipais de Nova Friburgo e Saquarema) posto que, eventualmente, poderão estar sujeitos a prescrição, evitando prejuízos para a Universidade.	DCF/PROPLAN e a PROGEPE	60 dias

					Recomendamos ao Gabinete do Reitor que, através da Procuradoria Federal, obtenha a atualização da tramitação dos processos referentes a devedores inscritos em Dívida Ativa	Gabinete Reitor	60 dias
004/2017	7	Existência de saldos referentes a créditos inscritos em Dívida Ativa não Tributária a receber decorrentes de valores pagos indevidamente, aqui destacados com ‘Diversos’	Fragilidades no acompanhamento sistemático dos créditos da UFF inscritos em Dívida Ativa, correspondentes a diversas pessoas físicas.	Na análise dos registros contábeis do 1º semestre de 2017, verificamos as alterações ocorridas nos saldos devedores, ressaltamos, porém, que ainda não se obteve êxito na execução dos mesmos. Ressaltamos, ainda, a excessiva morosidade na atualização dos saldos devedores, como observado na análise dos dados e do não envio de informações para o Conselho de Curadores, solicitação exarada do Despacho n.00249/2016/CCJA/PFUFF/PGF/AGU, de 17/03/2016, ao Setor de Cobrança e Recuperação de Créditos. Neste contexto, figura a possibilidade de prejuízo ao erário, colocando em risco a credibilidade da UFF perante aos órgãos de controle. Para conhecimento do que orienta o Manual SIAFI acerca da atualização monetária dos Créditos Inscritos em Dívida Ativa, transcrevemos abaixo o item 2.3.10, da Macrofunção 021112 - DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO:	Recomendamos ao DCF/PROPLAN, que apresente planilha contendo dados atualizados de todos os devedores inscritos em Dívida Ativa (nome, documento contábil originário com o número e data do registro, processo judicial que embasou o procedimento contábil).	DCF/PROPLAN	60 dias
					Recomendamos ao Gabinete do Reitor que, através da Procuradoria Federal, obtenha a atualização da tramitação dos processos referentes a devedores inscritos em Dívida Ativa.	Gabinete do Reitor	60 dias
004/2017	8	Inexistência de pagamento pelo uso de espaço público	Permissão de uso de espaço público sem a contrapartida financeira	Na análise dos registros contábeis do 1º semestre de 2017, verificamos movimentação nos saldos dos devedores, porém, destacamos oito registros que permanecem com saldos inalterados. Destes oito registros, quatro remontam a 31/12/2010 e os demais a períodos posteriores. A ausência de manifestação por parte da GGPU/PROPLAN, não nos permite avaliar a gestão das permissões de uso dos espaços públicos cedidos a terceiros. Ressaltamos que a GGPU/PROPLAN possui como atribuições, dentre outras, as que seguem: <ul style="list-style-type: none"> Exercer a fiscalização e controle dos espaços ocupados e das atividades neles realizadas, utilizando-se de todos meios administrativos no âmbito desta Universidade, visando assegurar o fiel cumprimento do Termo de Permissão de Uso; 	Recomendamos ao DCF e a GGPU/PROPLAN, dentro de suas competências, que apresente planilha atualizada contendo todos os Temos de Permissão de Uso em vigor informando: permissionário, vigência (datas de início e término), valor mensal acordado e parcela paga até o momento (mês de competência).	GGPU/PROPLAN	30 dias

			<ul style="list-style-type: none"> • Realizar periodicamente processos de avaliação dos serviços realizados por permissionários; • Realizar periodicamente inspeções para verificar as condições de higiene e segurança alimentar, limpeza dos ambientes e das instalações dos espaços sob permissão de uso, através de profissionais especializados do quadro de pessoal da UFF, ou, em sua insuficiência, valer-se de profissionais especificamente contratados para tal fim;^[1] 			
				Recomendamos ao DCF e a GGPU/PROPLAN, dentro de suas competências, que apresente planilha atualizada contendo os acordos de parcelamento em execução informando: permissionário; vigência (datas de início e término); valor mensal acordado e parcela paga até o momento (mês de competência).	GGPU/PROP LAN	30 dias
				Recomendamos à GGPU/PROPLAN que apresente planilha contendo a avaliação dos serviços realizados e as inspeções para verificação das condições de higiene e segurança alimentar, limpeza dos ambientes e das instalações de todos os espaços cedidos a terceiros	GGPU/PROP LAN	60 dias
				Recomendamos à GGPU/PROPLAN que, junto com o DCF, adote providências tempestivas visando promover a cobrança dos permissionários que não tem efetuado qualquer pagamento	GGPU/PROP LAN	Imediato
				Recomendamos ao DCF/PROPLAN que, caso não haja qualquer pagamento ou acordo de parcelamento do saldo devedor, adote providências para inscrição em Dívida Ativa dos permissionários inadimplentes, com orientação da PF junto à UFF, visando não incorrer no risco de prescrição trazendo perda para a Universidade.	DCF/PROPLAN	30 dias

0042017	9	Existência registro indevido na conta contábil Contratos de Aluguéis em Execução .	Registro contábil em desacordo com o fato gerador	A Auditoria Técnica, quando da análise do 4º trimestre de 2010 observou que o saldo de R\$ 14.860,80 era atribuído a HIDROPLAN ENGENHARIA E PROJETOS LTDA, o que nos períodos seguintes foi substituído pela empresa HIDROPROJ citada. A AT, naquele momento, já havia identificado o registro indevido e solicitado providências. Considerando a permanência desse registro nesta conta contábil, ressalvada a morosidade na atualização do registro, concluímos que o procedimento adotado não logrou êxito.	Recomendamos ao DCF/PROPLAN que envie esforços junto a Setorial de Contabilidade, visando a regularização do registro contábil no valor de R\$ 14.860,80, em nome de HIDROPROJ ENGENHARIA E PROJETOS.	DCF/PROPLAN	30 dias
0042017	10	Existência de saldos referentes a créditos inscritos em Dívida Ativa não Tributária a receber decorrente da cessão de espaço público.	Fragilidades no acompanhamento sistemático dos créditos da UFF inscritos em Dívida Ativa correspondentes a permissões de uso de espaço público.	Na análise dos registros contábeis do 1º semestre de 2017, verificamos as alterações ocorridas nos saldos devedores, ressalvamos, porém, que ainda não se obteve êxito na execução dos mesmos. Ressalvamos, ainda, a excessiva morosidade na atualização dos saldos devedores, como observado na análise dos dados e do não envio de informações para o Conselho de Curadores solicitação exarada do Despacho n.00249/2016/CCJA/PFUUFF/PGF/AGU, de 17/03/2016, ao Setor de Cobrança e Recuperação de Créditos. Neste cenário, figura a possibilidade de prejuízo ao erário, colocando em risco a credibilidade da UFF perante aos órgãos de controle. Para conhecimento do que orienta o Manual SIAFI acerca da atualização monetária dos Créditos Inscritos em Dívida Ativa, transcrevemos abaixo o item 2.3.10, da Macrofunção 021112 - DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO: 2.3.10 - Os créditos inscritos em Dívida Ativa são objeto de atualização monetária, juros e multas, previstos em contratos ou em normativos legais, que são incorporados ao valor original inscrito. A atualização de valores deve ser lançada no mínimo mensalmente, de acordo com índice ou forma de cálculo pactuada ou legalmente incidente.	Recomendamos ao DCF/PROPLAN, que apresente planilha contendo dados atualizados de todos os devedores inscritos em Dívida Ativa (nome, documento contábil originário com o número e data do registro, processo judicial que embasou o procedimento contábil), atualizando as informações constantes do Quadro 24.	DCF/PROPLAN	60 dias
					Recomendamos ao Gabinete do Reitor que, através da Procuradoria Federal, obtenha a atualização da tramitação dos processos referentes a devedores inscritos em Dívida Ativa	Gabinete do Reitor	60 dias
0042017	11	Existência de saldos referentes a créditos inscritos em Dívida	Fragilidades no acompanhamento sistemático dos créditos	Na análise dos registros contábeis do 1º semestre de 2017, verificamos as alterações ocorridas nos saldos devedores, com ressalva para os saldos	Recomendamos ao DCF/PROPLAN, que apresente planilha contendo dados de todos os devedores inscritos em Dívida Ativa	DCF/PROPLAN	60 dias

		Ativa não Tributária a receber decorrentes de contratos diversos.	da UFF inscritos em Dívida Ativa correspondentes a diversas pessoas jurídicas	referentes aos devedores Irmãos Ferreira Projetos e Construções Ltda – ME e Octagus Engenharia Ltda, que permanecem inalterados. Ressalvamos, ainda, a excessiva morosidade na atualização dos saldos devedores, como observado na análise dos dados e do não envio de informações para o Conselho de Curadores, solicitação exarada do Despacho n.00249/2016/CCJA/PFUFF/PGF/AGU, de 17/03/2016, ao Setor de Cobrança e Recuperação de Créditos. Neste cenário, figura a possibilidade de prejuízo ao erário, colocando em risco a credibilidade da UFF perante aos órgãos de controle.	(nome, documento contábil originário com o número, data e fato gerador do registro, processo judicial que embasou o procedimento contábil).		
					Recomendamos ao DCF/PROPLAN que identifique os débitos que não tenham sido atualizados como verificado nos registros das empresa Irmãos Ferreira Projetos e Construções Ltda-ME e Octagus Engenharia Ltda., posto que poderão, eventualmente, estar sujeitos a prescrição, envidando esforços para que não haja perda para a Universidade	DCF/PROPL AN	30 dias
					Recomendamos ao Gabinete do Reitor que, através da Procuradoria Federal, obtenha a atualização da tramitação dos processos referentes a devedores inscritos em Dívida Ativa.	Gabinete do Reitor	60 dias

Relatório de monitoramento	Constatção	Texto	Recomendação	Posicionamento da Unidade de Auditoria Interna	Status	Unidade responsável
01/2017	01	Ausência de norma interna	Editar ato normativo interno formalizando os procedimentos sobre reposição ao erário com detalhamento de seus aspectos mais relevantes, tais como operação, etapas, agentes e métodos.	As evidências apresentadas pela unidade demonstram ações em curso, no sentido de solucionar a constatação apontada durante a auditoria a qual deu origem à recomendação proposta.	Em implementação	DAP/PROGEPE
01/2017	02	Morosidade administrativa	2.1) Praticar atos administrativos no prazo legal, apresentando justificativa circunstanciada em casos de atraso;	2.1)Em análise aos onze processos apontados na Constatação 02 do Relatório de Auditoria 002/2016, observa-se que dois encontram-se sem tramitação desde 2015 e dois, apesar de tramitados, encontram-se ainda na etapa de notificação por não localização dos interessados. Ressalta-se que o processo 23069.057370/2012-71, encaminhado para arquivamento, deve ser analisado pelo DAP para averiguar se há valores a serem ressarcidos, já que	2.1) Em implementação.	DAP/PROGEPE

			2.2) Avaliar o risco decorrente do não andamento dos processos e, em especial, os relativos à prescrição do direito de cobrar os débitos, consultando a Procuradoria Federal junto à UFF se achar pertinente.	a convalidação dos atos administrativos foi referente ao período 03.11.2012 a 04.12.2012. 2.2)Tendo em vista declaração do DAP possuir como prática a consulta à Procuradoria Federal, considera-se implementada a recomendação 2.	2.2) Implementada.	
01/2017	03	Fragilidade na etapa da notificação	3.1) Elaborar a notificação dos interessados com os requisitos expressos no art. 9º e na forma do Anexo da Orientação Normativa n.º 5/2013; 3.2) Notificar por meio de publicação em jornal de grande circulação ou no Diário Oficial da União os interessados que não forem localizados para ciência pessoal ou por via postal;	3.1) Verifica-se nos processos nº(s) 23069.040669/2017-00, 23069.020209/2017-57, 23069.010398/2017-50, 23069.085093/2017-00 e 23069.041096/2017-23, que a unidade informa no modelo de nota técnica, a qual integra a notificação, o encaminhamento de memória de cálculo descritiva dos valores identificados como pagos indevidamente para conhecimento do interessado. Apesar de o modelo adotado não ser idêntico à forma prevista no Anexo da Orientação Normativa n.º 5/2013, o mesmo atende aos requisitos previstos em seu art. 9.º. 3.2) Constata-se que, no processo nº 23069.06419/2015-71, a interessada foi notificada por <i>e-mail</i> e já está repondo o devido valor ao erário. Em relação ao processo nº 23069.72719/2011-14, consta informação, à fl. 35, que o interessado já está recolhendo a quantia devida mensalmente no processo nº 23069.072876/2012-19. Observa-se que os processos nº(s) 23069.005080/2013-23 ¹ e 23069.01337/2007-20 ² ainda encontram-se parados na etapa da notificação, devido a não localização dos interessados, e sem a comprovação de notificação por publicação em jornal de grande circulação ou no D.O.U, conforme parágrafos do art. 9.º da Orientação Normativa n.º 5/2013. Ressalta-se que o primeiro processo possui valor abaixo de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não pode ser encaminhado para inscrição em dívida ativa, conforme entendimento da Procuradoria Federal (Portaria n.º 377 da AGU, de 25/08/2011). E o segundo, possui valor superior, justificando a notificação por publicação em jornal de grande circulação ou no D.O.U e o prosseguimento de todas as etapas previstas na O.N. n.º 5/2013.	3.1)Implementada. 3.2) Não implementada	DAP/PROGEPE

¹ Valor a ser ressarcido de R\$ 1.457,00, conforme fls. 57 do processo 23069.005080/2013-23.

² Valor a ser ressarcido de R\$ 8.850,42, conforme fls. 41 do processo 23069.01337/2007-20.

			3.3) Enviar processos para inscrição em dívida ativa dos interessados que não quitarem o débito no prazo após notificação válida.	3.3) Em resposta à solicitação de processos encaminhados à Procuradoria Federal junto à UFF para inscrição em dívida ativa, a unidade apresentou relação de apenas cinco processos. Tal quantitativo é considerado ínfimo, quando comparado ao de processos de reposição ao erário em curso, conforme detalhado abaixo:	3.3) Em implementação	
01/2017	05	Ausência de decisão do dirigente de recursos humanos	Emitir decisão devidamente fundamentada, nos autos do processo, e dar ciência ao interessado, concedendo-lhe o prazo de dez dias para recorrer.	O cumprimento do disposto no art. 7º da Orientação Normativa MPOG n.º 5/2013 não necessita de complementação para sua implementação.	Não implementada	DAP/PROGEPE
01/2017	06	Fragilidade nos procedimentos de encerramento de vínculos jurídicos com a UFF (Exoneração/Vacância/Término de Contrato/Dispensa de Chefia)	Avaliar o procedimento de encerramento dos vínculos jurídicos com a UFF para, se possível, suprimir etapas e conferir celeridade a sua tramitação.	Em análise a cinco processos (escolhidos de forma aleatória) instaurados em 2017, observa-se diminuição no tempo de duração do procedimento de encerramento de vínculos jurídicos com a universidade.	Implementada	DAP/PROGEPE
01/2017	07	Não encaminhamento de relatório de processos instaurados, valores ressarcidos e valores dispensados de pagamento à Auditoria Recursos Humanos do SIPEC	Encaminhar à Auditoria de Recursos Humanos do órgão central do SIPEC, até o dia 15 de janeiro de cada ano, relatório que contenha a relação de processos instaurados para a reposição de valores ao erário, bem como a demonstração dos valores efetivamente ressarcidos e dos valores cujo pagamento foi dispensado (recebidos de boa-fé, em decorrência de errônea ou inadequada interpretação da lei por parte da administração pública).	As evidências apresentadas pela unidade demonstram ações em curso, no sentido de solucionar as constatações apontadas durante a auditoria, as quais deram origem à recomendação proposta.	Em implementação	DAP/PROGEPE
01/2017	08	Inexistência de apuração de responsabilidade	8.1) Apurar responsabilidade daqueles que tenham dado causa a qualquer pagamento indevido na prática de atos de gestão de pessoas, bem como nos demais casos decorrentes de falha na rotina administrativa;	Sem evidências a analisar.	8.1) Não implementada	DAP/PROGEPE

			8.2) (À PROGEPE) Mapear e monitorar as rotinas de trabalhos que possam originar dano ao erário, para mitigar a sua ocorrência;		8.2) Não implementada	
01/2017	09	Atrasos nas respostas à Auditoria Interna	Implementar ações de conscientização do papel da Auditoria Interna no DAP/PROGEPE para o aprimoramento da gestão, de forma a assegurar o atendimento tempestivo das solicitações emitidas pela Unidade de Auditoria Interna.	A equipe de auditoria entende que deve ser cancelada essa recomendação, tendo em vista ações em curso do Gabinete para divulgação da página da Auditoria Técnica no site da universidade. As ações do Gabinete possuem por objetivo atender a Recomendação 16 do Relatório de Auditoria nº 002/2015 “Implementar ações de divulgação e conscientização do papel da Auditoria Interna para o aprimoramento da gestão”.	Não aplicável.	DAP/PROGEPE
02/2017	01	Ausência de normatização, no âmbito da UFF, de procedimentos para utilização dos veículos.	Editar ato normativo interno formalizando os procedimentos a serem adotados na utilização de veículos, com fluxos e responsabilidades.	As evidências apresentadas pela unidade demonstraram ações em curso, no sentido de solucionar a constatação apontada durante a auditoria a qual deu origem à recomendação proposta.	Em implementação	CTSL/PROAD
02/2017	02	Fragilidade no cadastro de veículos oficiais	Elaborar cadastro completo de todos os veículos da Universidade, conforme orientações da Instrução Normativa nº 3/2008, isto é, informações constantes da Ficha de Cadastro de Veículos Oficiais.	A unidade informou que o cadastro completo de todos os veículos da Universidade, conforme orientações da Instrução Normativa nº 3/2008, da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação (SLTI) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão ³ , está disponível no setor de Coordenação de Administração Patrimonial (CAP) da Superintendência de Arquitetura e Engenharia (SAEN). Contudo, a consulta de um veículo, tomado como exemplo, no Sistema de Gerenciamento de Bens Patrimoniais (SISAP) demonstra que o cadastro ali presente não possui todas as informações exigidas no Anexo III, tais como: espécie (passageiro, carga, misto, tração etc), cor predominante, grupo de veículo (representação, serviços comuns etc), tipo de combustível, potência em CV, código do RENAVAM.	Não implementada.	CTSL/PROAD

³ Art. 23. Os órgãos e entidades manterão cadastro de veículos atualizado contendo, no mínimo, as informações constantes da Ficha Cadastro de Veículos Oficiais (Anexo III).

Parágrafo único. O cadastro a que se refere o caput será atualizado mensalmente ou sempre que ocorrer transferência, cessão, alienação, doação ou permuta.

				<p>A Universidade, para administração patrimonial de seus bens, instituiu em suas unidades os agentes patrimoniais, conforme dispõe a Instrução de Serviço PREUNI, N.º 01 de 21 de março de 2013.</p> <p>(...)</p> <p>Percebe-se que há descentralização do controle patrimonial dos bens, cabendo a cada unidade o controle efetivo dos bens sob sua responsabilidade, bem como o envio à CAP do inventário de bens:</p> <p>Artigo 2º Caberá ao agente patrimonial exercer as seguintes atribuições, de modo que se atenda ao andamento otimizado de quaisquer procedimentos relacionados a gerência de bens patrimoniais e à descentralização responsável de atos de gestão, regido pelo princípio da eficiência e legalidade.</p> <p>(...)</p> <p>A PROAD, conforme informação da CAP, ainda não indicou agentes patrimoniais para a CTSL.</p> <p>A CTSL tem como objetivos o planejamento, orientação, execução e correção dos serviços de transporte, segurança e logística da Universidade, sendo pertinente possuir de forma centralizada o cadastro de todos os veículos da instituição.</p> <p>Cabe ressaltar que, inicialmente, a CTSL enviou lista com 125 veículos e, posteriormente, lista com 132 veículos.</p>		
02/2017	03	Vulnerabilidade na apuração do desempenho e manutenção dos veículos	Consolidar as informações relativas ao desempenho e manutenção dos veículos na Pró-Reitoria de Administração de modo a subsidiar a tomada de decisão dos gestores no que tange ao planejamento, organização, direção e controle da frota da Universidade.	<p>O controle adotado atualmente pela unidade permite a extração de vários relatórios com as seguintes informações: evolução de utilização de combustíveis da instituição, evolução de utilização de combustíveis por veículo, média de consumo por categoria (R\$/KM), evolução de litros por mercadoria, evolução de quilometragem da instituição, evolução de litros por estabelecimento, cargas adicionais realizadas.</p> <p>Porém, a unidade não apresentou informações que atendessem a todos os itens exigidos no Mapa de Controle do Desempenho e Manutenção do Veículo Oficial (Anexo II da IN n.º 3/2008). Os relatórios enviados não permitem estimar por veículo: o número de quilômetros rodados no mês; quantia gasta com combustível no mês; quantia gasta com manutenção/conservação no mês, inclusive óleo lubrificante; quantia gasta com reparos no mês; quantia gasta com combustível, manutenção/conservação e reparos, no mês.</p>	Em implementação	CTSL/PROAD

02/2017	04	Preenchimento incorreto e fragilidade na padronização das requisições de transporte	Adotar providências para assegurar a padronização e o correto preenchimento e arquivamento das requisições de transporte de todos os veículos.	<p>Analizou-se sessenta RTS's do veículo RENAULT - DUSTER 2.0 D, placa LRI 1699, no período de Mar/17, Abr/17 e Mai/17.</p> <p>As RT's possuem a identificação dos condutores, porém nenhuma possui a identificação do usuário do veículo oficial. Verificou-se as seguintes inconsistências:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diferença de 35km: na RT do dia 10/03/2017 consta 75817 km na chegada. A RT posterior, dia 13/03/2017, consta 75852 km na saída. - Ausência de RT's referentes aos períodos abaixo: <p>A unidade apresentou planilha com as informações acima, bem como o nome dos respectivos condutores. Contudo, tal planilha não atende à exigência do art. 4.º da Instrução Normativa n.º 3/2008:</p> <p>Art. 4º Na utilização de veículo oficial serão registradas, no mínimo, as seguintes informações:</p> <p>I - identificação do nome, vínculo e lotação do usuário; II - identificação do motorista; e III - origem, destino, finalidade, horários de saída e de chegada e as respectivas quilometragens. (grifo nosso)</p> <p>Considerando que as RT's configuram o controle adotado pela Universidade para a utilização de seus veículos, torna-se necessário o seu aprimoramento.</p>	Em implementação	CTSL/PROAD
02/2017	05	Fragilidade no acompanhamento da documentação veicular	Monitorar a documentação de todos os veículos da Universidade de forma a efetuar, tempestivamente, os devidos pagamentos e assegurar sua regularidade.	<p>O coordenador de transporte apresentou relação com 132 veículos⁴, sendo que, apenas dois destes, estão com documentação 2017.</p> <p>O processo 23069.002679/2017-39 encontra-se arquivado, conforme informação do sistema de transparência da UFF⁵, desde o dia 15/08/2017.</p> <p>Não apresentou comprovante de pagamento das taxas para regularização dos licenciamentos anuais.</p>	Não implementada	CTSL/PROAD
02/2017	06	Fragilidade nos mecanismos adequados na identificação dos	6.1)Capacitar condutores de veículos habilitando-os a melhor condução dos veículos;	6.1)As evidências apresentadas pela unidade demonstram ações em curso no sentido de solucionar as constatações apontadas durante a auditoria e que deram origem à recomendação proposta.	6.1) Em implementação.	CTSL/PROAD

⁴ A primeira listagem enviada pelo coordenador apresentava 125 veículos.

⁵ Disponível em: <https://app.uff.br/transparencia/consulta_processo>. Acesso em 11.out.2017.

		condutores de veículos infratores de trânsito	<p>6.2) Aprimorar controle de informações dos condutores de veículos;</p> <p>6.3) Identificar todos os responsáveis pelos autos de infração.</p>	<p>6.2) Tendo em vista controle apresentado, considera-se implementada a recomendação 2.</p> <p>6.3) O coordenador apresentou a identificação dos infratores das multas apontadas. Contudo, percebe-se que, apesar de as multas terem sido cometidas em 2016, a identificação dos infratores só foi providenciada após o pedido da Auditoria Técnica (julho/2017), demonstrando a fragilidade nos mecanismos adotados pela unidade.</p> <p>O processo de identificação dos infratores deve ser feito de forma imediata e permanente. Dessa forma, poderá atuar na prevenção de novas infrações, conceder o direito de recorrer e pagar a infração com desconto até o vencimento e evitar a aplicação de multa pela ausência de identificação do condutor no momento da infração, conforme disposto no art. 257, parágrafos 7.º e 8.º do Código de Trânsito Brasileiro.⁶</p>	<p>6.2) Implementada.</p> <p>6.3) Em implementação.</p>	
02/2017	07	Ausência de mecanismos adequados na notificação dos condutores de veículos infratores de trânsito	<p>Efetuar a abertura de processo administrativo para oportunizar a possibilidade do contraditório e ampla defesa aos envolvidos e após pleitear o ressarcimento das multas aplicadas, quando for o caso.</p>	<p>O coordenador apresentou, referente às multas cometidas em 2016, comprovante de notificação aos infratores. Contudo, percebe-se que, apesar de as multas terem sido cometidas em 2016, a notificação aos infratores só foi providenciada após o pedido da Auditoria Técnica (julho/2017).</p> <p>O memorando CTSL n.º 38/2016, de 18/05/2016, apresentado não demonstra a abertura de processos administrativos. Trata-se de solicitação à PROAD de pagamento das multas pela empresa contratada para prestação de serviços continuados de condução de veículos. Observou-se que, referente a apenas um motorista da empresa contratada, havia, na data de 17/05/2016, 16 multas cometidas na condução dos veículos de placa KPZ 9207, LPS 6132, LKW 5461 e LRN 5596, no período compreendido entre 11/05/2015 e 25/03/2016. Em consulta ao site Detran/RJ, no dia 06/09/2017, constata-se que essas multas ainda permanecem em aberto, demonstrando a</p>	Não implementada.	CTSL/PROAD

⁶ Art. 257

§ 7º Não sendo imediata a identificação do infrator, o proprietário do veículo terá quinze dias de prazo, após a notificação da autuação, para apresentá-lo, na forma em que dispuser o CONTRAN, ao fim do qual, não o fazendo, será considerado responsável pela infração.

§ 8º Após o prazo previsto no parágrafo anterior, não havendo identificação do infrator e sendo o veículo de propriedade de pessoa jurídica, será lavrada nova multa ao proprietário do veículo, mantida a originada pela infração, cujo valor é o da multa multiplicada pelo número de infrações iguais cometidas no período de doze meses.

				fragilidade nos mecanismos de controle adotados pela unidade. Não foi apresentada solicitação de pagamento referente às infrações cometidas por servidores.		
03/2017	01	Inexistência de norma interna regulamentando e padronizando os procedimentos relacionados ao gerenciamento dos resíduos químicos da Universidade.	<p>1) Editar ato normativo interno abordando todos os aspectos relacionados ao gerenciamento de resíduos químicos dos laboratórios;</p> <p>2) Criar comissão que monitore a implementação dos procedimentos estabelecidos na norma interna em todos os laboratórios da UFF.</p>	<p>1) Tendo em vista a elaboração do Manual de Gerenciamento de Resíduos Químicos⁷, considera-se implementada a Recomendação 1.</p> <p>2) A Universidade publicou, no dia 21/03/2017, o Regimento de Biossegurança da UFF (Anexo da Resolução CEPEX n.º 035/2017). A Comissão de Biossegurança da UFF (CBio/UFF) possui por objetivos formular políticas, implementar, avaliar, fortalecer e consolidar ações de Biossegurança, cabendo ao Grupo Técnico II atuar no gerenciamento de assuntos relacionados a políticas e ações para o programa de gerenciamento de resíduos químicos, conforme: Art 4º. São atribuições da CBio /UFF: [...] V- Planejar e acompanhar as ações dos Grupos Técnicos de Trabalho (GT), a que se refere o Art. 5º. [...] Art 5º. A CBio/UFF formará Grupos Técnicos de Trabalho (GT): [...] II- Grupo Técnico II- Atuará no gerenciamento de assuntos relacionados a políticas e ações para o programa de gerenciamento de resíduos químicos;</p> <p>As evidências apresentadas pela unidade demonstram ações em curso, no sentido de constituir grupo que monitore a implementação dos procedimentos estabelecidos na norma interna em todos os laboratórios da UFF.</p>	<p>1) Implementada;</p> <p>2) Em implementação.</p>	Gabinete
03/2017	02	Não apresentação de mapeamento de todas as fontes geradoras de resíduos químicos da Universidade.	Apresentar mapeamento de todas as fontes geradoras de resíduos químicos da Universidade.	As evidências apresentadas indicam que a constatação apontada foi solucionada.	Implementada.	Gabinete

⁷ Disponível em <http://biosseguranca.sites.uff.br/?page_id=350>. Acesso em 18/10/2017.

03/2017	03	Não apresentação do plano de gerenciamento de resíduos sólidos e de resíduos perigosos.	Apresentar plano de gerenciamento de resíduos sólidos e de resíduos perigosos.	<p>O Manual de Gerenciamento de Resíduos Químicos da UFF não contém os planos de gerenciamento de resíduos sólidos e de resíduos perigosos.</p> <p>O plano de gerenciamento de resíduos sólidos deve cumprir os requisitos estabelecidos no art. 21, Lei nº 12.305/10. (...)</p> <p>O plano de gerenciamento de resíduos perigosos deve cumprir os requisitos estabelecidos no art. 39, Lei nº 12.305/10. (...)</p>	Não implementada.	Gabinete
03/2017	04	Ausência de cadastramento no Cadastro Nacional de Operadores de Resíduos Perigosos	Efetuar cadastramento no Cadastro Nacional de Operadores de Resíduos Perigosos.	O cadastramento no Cadastro Nacional de Operadores de Resíduos Perigosos é uma atribuição da Universidade, conforme disposto no art.38 da Lei 12.305/2010. (...)	Não implementada.	Gabinete
03/2017	05	Fragilidade na identificação dos resíduos perigosos	<p>1) Implementar rotinas de trabalho que assegurem que todos os recipientes que contêm resíduos perigosos sejam identificados quanto ao seu conteúdo;</p> <p>2) Disponibilizar as FISPQ, ou modelo semelhante, aos usuários do laboratório e demais partes interessadas;</p>	<p>1 e 2) A unidade estabeleceu que os professores da disciplina transmitam aos alunos as rotinas de trabalho para assegurar a correta identificação dos recipientes que contenham resíduos perigosos. Providenciou o encaminhamento de memorando circular aos chefes de departamento, solicitando a comunicação aos responsáveis pelos laboratórios de ensino e de pesquisa de que todos os recipientes contendo resíduos e produtos químicos perigosos para descarte devem ser identificados quanto ao seu conteúdo, anexando a FISPQ, quando aplicável.</p> <p>Tendo em vista manifestação da unidade, considera-se implementada a recomendação. As providências adotadas poderão ser passíveis de averiguação futura.</p> <p>3) As evidências apresentadas pela unidade demonstram ações em curso, no sentido de solucionar a constatação apontada durante a auditoria a qual deu origem à recomendação proposta.</p>	5.1) Implementada; 5.2) Implementada; 5.3) Em implementação.	Instituto De Química
				<p>1 e 2)Tendo em vista manifestação da unidade, considera-se implementada a recomendação. As providências adotadas poderão ser passíveis de averiguação futura.</p> <p>3) O Instituto de Biologia não apresentou ações que pudessem prover a equipe responsável pela fiscalização dos recursos necessários à sua atuação junto aos laboratórios.</p>	5.1) Implementada; 5.2) Implementada; 5.3) Não implementada	Instituto De Biologia

03/2017	06	Inadequação do local destinado ao armazenamento temporário de resíduos no Instituto de Química.	6.1) Organizar local adequado para armazenar temporariamente os resíduos em segurança até o momento mais oportuno para encaminhamento ao local de armazenamento externo;	As evidências apresentadas pela unidade demonstram ações em curso, no sentido de solucionar as constatações apontadas durante a auditoria, as quais deram origem à recomendação proposta.	Em implementação.	Instituto De Química
				Tendo em vista manifestação da unidade, considera-se implementada a recomendação. As providências adotadas poderão ser passíveis de averiguação futura.	Implementada.	Instituto De Biologia
			6.2) Prover a Unidade da infraestrutura e dos recursos necessários ao correto armazenamento temporário de resíduos químicos.	<p>O armazenamento temporário, ou armazenamento interno, dos resíduos serve para manter os resíduos em segurança até o momento mais adequado para encaminhamento ao local de armazenamento externo.</p> <p>De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 306/04, o objetivo deste tipo de armazenamento é agilizar a coleta dentro da instituição e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para a coleta externa.</p> <p>O Gabinete não apresentou ações que pudessem prover as unidades da infraestrutura e dos recursos necessários ao correto armazenamento temporário de resíduos químicos.</p>	Não implementada.	Gabinete
03/2017	07	Ausência de treinamento para as pessoas que têm contato com resíduos químicos	<p>7.1) Promover treinamentos que disponham sobre a forma de operação da instalação, registro de movimentação e armazenamento de resíduos e situações de emergência;</p> <p>7.2) Exigir que a empresa contratada cumpra sua obrigação de oferecer treinamento aos professores e chefes de laboratórios.</p>	A empresa contratada realizou treinamento sobre gerenciamento de resíduos de laboratórios no Instituto de Química, solucionando a constatação apontada.	<p>7.1) Implementada;</p> <p>7.2) Implementada.</p>	Instituto De Química
03/2017	08	Fragilidade na prevenção de acidentes e nos equipamentos de segurança	8.1) Aplicar medidas para minimizar os riscos de incêndio, químico e biológico, o que inclui manter adequadamente todos os equipamentos de segurança e realizar inspeção periódica na instalação;	8.1) A unidade adotou como prática a transmissão aos alunos de instruções para minimizar os riscos de incêndio, químico e biológico e apresentou memorando circular encaminhado aos chefes de departamento com a solicitação.	8.1) Em implementação;	Instituto De Química

			<p>8.2) Promover ações de sensibilização, voltadas para os responsáveis pelos laboratórios, sobre: (a) a atuação da equipe de fiscalização; e (b) a relevância do cumprimento tempestivo de suas exigências;</p>	<p>Quanto à necessidade de manter adequadamente todos os equipamentos de segurança e salubridade do Instituto, encaminhou à PROAD e Gabinete as seguintes solicitações: contratação de serviço de manutenção do único elevador para transporte de cilindros de gases nos cinco pavimentos do prédio principal; contratação de serviço de manutenção de capelas de exaustão; contratação de serviço de equipamento de laboratório; contratação de serviço de manutenção de tubulação de gás GLP dos laboratórios de ensino de graduação; aquisição e colocação de fixadores de extintores de incêndio instalados nos três prédios do Instituto de Química; aquisição e colocação de suporte de extintores de incêndio distribuídos em solo dos três prédios do Instituto de Química; aquisição de equipamentos de proteção individual para alunos e servidores.</p> <p>8.2) Já em relação à recomendação 2, a unidade informou que as ações de sensibilização são transmitidas pelos representantes da Comissão de Segurança do Instituto de Química (COSEIQ) de cada departamentos aos demais colegas responsáveis pelos laboratórios durante as reuniões ordinárias departamentais.</p> <p>Tendo em vista manifestação da unidade, considera-se implementada a recomendação. As providências adotadas poderão ser passíveis de averiguação futura.</p>	8.2) Implementada.	
				<p>A unidade não apresentou evidências que elidissem as constatações apresentadas.</p>	81) Não implementada; 82) Não implementada.	Instituto De Biologia
			<p>8.3) Prover a Unidade da infraestrutura e dos recursos necessários ao seguro funcionamento de seus laboratórios.</p>	<p>O Gabinete não apresentou ações que pudessem prover as unidades da infraestrutura e dos recursos necessários ao seguro funcionamento de seus laboratórios.</p> <p>A Universidade deve adotar medidas para minimizar os riscos de incêndio, químico e biológico, o que inclui manter adequadamente todos os equipamentos de segurança e realizar inspeção periódica na instalação.</p>	8.3) Não implementada.	Gabinete
03/2017	09	Fragilidade na prevenção de acidentes		<p>As evidências apresentadas pela unidade demonstram ações em curso, no sentido de solucionar a constatação apontada</p>	Em implementação.	Instituto De Química

		e nos equipamentos de segurança	Elaborar relatório de movimentação e armazenamento de resíduos e manter atualizadas estas informações.	durante a auditoria, as quais deram origem à recomendação proposta.		
				Tendo em vista manifestação da unidade, considera-se implementada a recomendação. As providências adotadas poderão ser passíveis de averiguação futura.	Implementada.	Instituto De Biologia
03/2017	10	Não utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)	Distribuir às pessoas que manuseiam resíduos perigosos EPI adequado e orientá-las quanto à sua correta utilização.	A unidade apresentou cópia do Memorando n.º 68/2017, de 29/05/2017, enviado à PROAD, pelo qual solicita a aquisição de equipamentos de proteção individual para alunos e servidores. Contudo, tal ação ainda não soluciona a recomendação proposta, persistindo a necessidade de acompanhamento.	Não implementada.	Instituto De Química
03/2017	11	Ausência de plano de emergência para todos os laboratórios de Química Inorgânica. Inadequação do plano de emergência do Laboratório de Biologia de Insetos.	Apresentar Plano de Emergência que contenha: informações de possíveis incidentes e das ações a serem tomadas; indicação do coordenador e seu substituto, bem como seus telefones e endereços; lista de todo equipamento de segurança existente, incluindo localização, descrição do tipo e capacidade.	As evidências apresentadas pela unidade demonstram ações em curso, no sentido de solucionar a constatação apontada durante a auditoria, as quais deram origem à recomendação proposta.	Em implementação.	Instituto De Química
				As evidências apresentadas pela unidade demonstram ações em curso, no sentido de solucionar a constatação apontada durante a auditoria, as quais deram origem à recomendação proposta.	Em implementação.	Instituto De Biologia
03/2017	12	Ausência de local externo para armazenamento de resíduos.	12.1) Organizar ambiente exclusivo para guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, com acesso facilitado para os veículos coletores;	A unidade apresentou cópia do Memorando n.º 66/2017, de 29/05/2017, enviado à PROAD, pelo qual solicita construção de um almoxarifado de reagentes inflamáveis fora do prédio; criação de nova casa de máquinas de incêndio com cisterna própria e hidratantes; construção de escadas de incêndio nos prédios de laboratório; construção de uma central de resíduos fora do prédio; recuperação da casa de gases GLP e reposição das divisórias dos laboratórios de ensino de graduação, que estão infestadas de cupim. Contudo, tal ação ainda não soluciona a recomendação proposta, persistindo a necessidade de acompanhamento.	Não implementada.	Instituto De Química
				De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 306/04, o armazenamento externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.	Não implementada.	Instituto De Biologia

				A unidade não apresentou evidências que elidissem as constatações apresentadas.		
			12.2) Promover meios para a organização do local para armazenamento externo dos resíduos.	O Gabinete não apresentou ações que pudessem promover meios para a organização do local para armazenamento externo dos resíduos no Instituto de Química e no Instituto de Biologia.	Não implementada.	Gabinete
03/2017	14 ⁸	Fragilidade na etapa de acondicionamento dos resíduos químicos líquidos.	14.1) Exigir que a empresa contratada cumpra sua obrigação de fornecer recipientes resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.	14.1 e 14.2) A evidência apresentada não elide a constatação apresentada.	14.1) Não implementada; 14.2) Não implementada.	Instituto De Química
			14.2) Acondicionar os resíduos líquidos em recipientes resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante, observadas as exigências de compatibilidade química dos resíduos entre si, assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens, de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.	14.1) e 14.2) Tendo em vista manifestação da unidade, considera-se implementada a recomendação. As providências adotadas poderão ser passíveis de averiguação futura.	14.1) Implementada; 14.2) Implementada.	Instituto De Biologia
03/2017	15	Ausência de identificação dos recipientes para transporte interno com o símbolo correspondente ao risco de resíduo.	15.1) Exigir que a empresa contratada cumpra a obrigação contratual de fornecer modelos de etiquetas para a identificação dos recipientes;	15.1) e 15.2) A evidência apresentada não elide a constatação apresentada.	15.1) Não implementada; 15.2) Não implementada.	Instituto De Química
			15.2) Identificar os recipientes para transporte interno com o símbolo correspondente ao risco do resíduo.	15.1 e 15.2) Tendo em vista manifestação da unidade, considera-se implementada a recomendação. As providências adotadas poderão ser passíveis de averiguação futura.	15.1) Implementada; 15.2) Implementada.	Instituto De Biologia

⁸ A constatação 13 foi suprimida no Relatório de Auditoria nº 002/2015, permanecendo a sequência numeral.

03/2017	16	Limitação de escopo na execução do trabalho de auditoria.	Implementar ações de divulgação e conscientização do papel da Auditoria Interna para o aprimoramento da gestão.	Na reunião de buscas de soluções realizada em 15/05/2017, o Gabinete e a Auditoria Técnica acordaram a divulgação do site da Auditoria na página da UFF para atender a Recomendação 16. Contudo, tal ação não foi implementada.	Não implementada.	Gabinete
03/2017	A	Recomendação expedida pelo Conselho de Curadores.	Verificar junto à grade curricular dos cursos, em foco, se os mesmos tratam os aspectos observados, que dizem respeito à formação profissional, em ementas e conteúdos programáticos de disciplinas. Caso positivo, se estas estariam previstas antes ou conjuntamente às práticas laboratoriais.	A unidade encaminhou programas/ementas e roteiros experimentais das disciplinas Química Geral III Experimental (Antiga), Química Geral Experimental II (Antiga) e Química Geral B Experimental (Nova - GQI00023) e Química Inorgânica I Experimental (Nova - GQI00053); trabalhos sobre rejeitos apresentados em semanas de monitorias e projeto de gestão de resíduos de docentes do GQI e alunos; e-mail da COSEIQ-UFF enviando manuais, regras, formulários e orientações diversas; atas departamentais onde o assunto foi abordado. As evidências apresentadas indicam que a constatação apontada foi solucionada.	Implementada.	Instituto De Química
				As evidências apresentadas indicam que a constatação apontada foi solucionada.	Implementada.	Instituto De Biologia
03/2017	B	Recomendação expedida pelo Conselho de Curadores	Verificar se as práticas relacionadas à gestão dos resíduos perigosos observam, além dos dispositivos normativos que regulam a matéria, identificados e apresentados no corpo do Relatório de Auditoria, em pauta, os impactos na comunidade e em sua área urbana.	O Gabinete não apresentou ações que pudessem verificar se as práticas relacionadas à gestão dos resíduos perigosos observam os impactos na comunidade e em sua área urbana.	Não implementada.	Gabinete

Parecer	Assunto	Constatação	Recomendação
01/2017	Informações sobre a atuação da Unidade de Auditoria Interna para fins de instrução do Relatório de Gestão relativo ao exercício de 2016.		
02/2017	Análise da prestação de contas do curso autofinanciável Especialização em Enfermagem Gerontológica 2 2009.		

03/2017	Item 1.1 - Depreciação, Amortização e Exaustão Acumulada de Bens Móveis	nº 01: Inobservância dos procedimentos de depreciação dos bens móveis	Reiteramos à CAP/PREUNI, ao DCF e a STI que procedam ao cumprimento do normativo legal, integrando esforços junto das Unidades Responsáveis para a implantação dos procedimentos de depreciação dos bens móveis, com o intuito de regularizar o valor do patrimônio da Universidade.
03/2017	Item 3.3 - Restos a Pagar	nº 02: Existência de Saldos de empenhos inscritos em Restos a Pagar referentes a exercícios anteriores.	Recomendamos ao DCF que adote rotina periódica e sistematizada visando a anulação de saldos de empenhos cujas despesas não se ajustem às hipóteses legais de manutenção/inscrição/reinscrição de Restos a Pagar.
03/2017	Item 9.1 - Créditos a Receber por Cessão de Pessoal	nº 03: Existência de saldos referentes a créditos a receber por cessão de pessoal.	Recomendamos ao DCF/PROPLAN e ao DAP/PROGEPE, que continuem envidando esforços para que a Universidade receba esses créditos relativos a cessão de servidores no montante de R\$ 916.691,88.
03/2017	Item 9.2 - Créditos Inscritos em Dívida Ativa não Tributária (Pessoal)	nº 04: Existência de saldos referentes a créditos inscritos em Dívida Ativa não Tributária a receber por cessão de pessoal.	Reiteramos a recomendação de que o DCF e o DAP procedam, em conjunto com a Procuradoria Federal junto à UFF - PF/UFF, a atualização dos resultados visando a recuperação de créditos.
03/2017	Item 10 - Créditos Inscritos em Dívida Ativa não Tributária (Outros)	nº 05: Existência de saldos referentes a créditos inscritos em dívida Ativa não Tributária a receber decorrentes de valores pagos indevidamente.	Recomendamos que a Administração Central, através da Procuradoria Federal junto à UFF, promova a recuperação dos créditos e informe ao DCF, na medida do possível.
03/2017	Item 11.1 - Créditos Inscritos em Dívida Ativa Não Tributária (Espaço Cedido)	nº 06: Existência de saldos referentes a créditos inscritos em Dívida Ativa não Tributária a receber decorrente da cessão de espaço público.	Recomendamos que a Administração Central, através da Procuradoria Federal junto à UFF, promova a recuperação dos créditos e informe ao DCF, na medida do possível.
03/2017	Item 11.2 - Contratos de Aluguéis em Execução	nº 07: Existência de pagamento pelo uso de espaço público.	Recomendação nº 01: Recomendamos que o DCF/PROPLAN, após concluída a investigação sobre o ocorrido com o registro do permissionário Aluisio Bastos Gomes, promova a regularização contábil.
03/2017	Item 11.2 - Contratos de Aluguéis em Execução	nº 07: Existência de pagamento pelo uso de espaço público.	Recomendação nº 02: Reiteramos a recomendação de que o DCF/PROPLAN apresente os valores pendentes de regularização, entenda como os não pagos dentro do período acordado em contrato, por cada permissionário inadimplente, destacando a competência e o valor.
03/2017	Item 11.2 - Contratos de Aluguéis em Execução	nº 07: Existência de pagamento pelo uso de espaço público.	Recomendação nº 03: Recomendamos à GGPU/PROPLAN que, junto com o DCF, adote providências tempestivas visando promover a cobrança dos permissionários que não tem efetuado qualquer pagamento.

03/2017	Item 12 - Créditos Inscritos em Dívida Ativa não Tributária (Imóveis)	nº 08: Existência de saldos referentes a créditos inscritos em Dívida Ativa não Tributária a receber decorrentes de contratos diversos.	Reiteramos a recomendação de que a Administração Central, através da Procuradoria Federal junto à UFF, proceda a atualização dos resultados advindos das ações judiciais impetradas para recuperação dos créditos e informe ao DCF, para atualização dos registros contábeis.
03/2017	Item 13 - Contratos de Serviços	nº 09: Existência de montante expressivo de contratos com a Fundação de Apoio.	Recomendação nº 01: Recomendamos a PLAP que informe, para cada contrato relacionado no Quadro 24, a Unidade Responsável pela execução (Unidade beneficiada pelo projeto).
03/2017	Item 13 - Contratos De Serviços	nº 09: Existência de montante expressivo de contratos com a Fundação de Apoio.	Recomendação nº 02: Recomendamos à PLAP e ao HUAP que atentem para os normativos que regem o relacionamento das Instituições federais de Ensino Superior com as fundações de apoio, bem como os Acórdãos nº 2.731/2008 e nº 359/2009, ambos do Plenário do TCU, dentre outros.
04/2017	Parecer sobre a Prestação de Contas da Universidade Federal Fluminense no Exercício 2016.	Nossa opinião, tendo por base os trabalhos de auditoria realizados ao longo do exercício de 2016 com base nas normas de auditoria aplicáveis ao serviço público federal, é pela aprovação da Prestação de Contas Anual da Universidade Federal Fluminense do exercício de 2017, pelo Conselho de Curadores, com as ressalvas e recomendações apontadas.	
05/2017	Apura possível irregularidade no orçamento advindo da ação 4002. Solicita providências.		<p>1. Encaminhamento do processo à PROAES para manifestação conclusiva sobre cada uma das notas de empenho arroladas no anexo I, identificando se as despesas realizadas com a ação 4002 atendem às diretrizes do PNAES, com suas devidas justificativas/comprovações;</p> <p>2. Após a manifestação da PROAES, o encaminhamento à PROPLAN para confirmação do eventual descumprimento dos objetivos do programa, promovendo, neste caso, a apuração de responsabilidade devida;</p> <p>3. A comissão designada pela PROAES com o objetivo de subsidiar o gestor na implementação de controles internos que assegurem a regular utilização dos recursos do PNAES e o atendimento das recomendações da CGU, para conhecimento dos achados de auditoria; e</p> <p>4. Retorno do processo a esta Auditoria Técnica, para monitoramento das recomendações;</p>

