 Gestão em Saúde	POLÍTICA INSTITUCIONAL		
	CONTROLE INTERNO E GESTÃO DE RISCOS		
	Setor/Área:	Código:	Versão:
	Presidência	PI-02	03

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes e fundamentos para o fortalecimento do sistema de controle interno e da gestão de riscos corporativos, assegurando a integridade institucional, a transparência, a conformidade com as legislações vigentes, os princípios da governança organizacional e os padrões de qualidade preconizados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Esta política tem como finalidade garantir que os processos institucionais operem com segurança, legalidade, eficiência e integridade, promovendo a identificação, a análise, a mitigação, o monitoramento e o tratamento dos seguintes tipos de riscos:

- a) **Riscos clínico-assistenciais:** relacionados à segurança do paciente, à prática assistencial e aos desfechos clínicos dos serviços de saúde;
- b) **Riscos não clínicos:** associados à gestão de infraestrutura, equipamentos, recursos humanos, suprimentos, tecnologias da informação e demais recursos de apoio institucional;
- c) **Riscos jurídicos e regulatórios:** decorrentes de descumprimento de normas legais, contratuais, administrativas ou regulatórias aplicáveis à organização;
- d) **Riscos financeiros:** vinculados à sustentabilidade econômica, à integridade contábil, à execução orçamentária e à gestão de recursos públicos ou privados;
- e) **Riscos operacionais:** relacionados à falha de processos internos, sistemas, pessoas ou eventos externos que impactem a entrega de produtos e serviços;
- f) **Riscos de imagem e reputação:** referentes à percepção pública, à confiança social e à credibilidade institucional junto aos stakeholders;
- g) **Riscos estratégicos:** ligados à formulação, à execução ou ao desvio dos objetivos e metas organizacionais;
- h) **Riscos de integridade e corrupção:** envolvendo práticas indevidas, fraudes, subornos, conflitos de interesse ou desvios éticos.

Esta Política orienta a atuação preventiva e responsiva das equipes, assegurando um ambiente organizacional proativo, transparente e comprometido com a melhoria contínua, a segurança institucional e a excelência na gestão.

2. APLICAÇÃO


Esta Política compõe o Programa de Integridade da IBAP Gestão em Saúde e aplica-se, obrigatoriamente, a todos os integrantes da instituição: dirigentes, colaboradores, terceiros, parceiros, fornecedores, voluntários, estagiários, consultores e demais partes interessadas.

3. BASE LEGAL

Esta Política foi elaborada com fundamento na legislação vigente e nas melhores práticas de governança, controle interno e gestão de riscos, considerando o contexto das organizações sociais e dos serviços de saúde. Destacam-se as seguintes normas e diretrizes:

- a) Lei nº 9.637/1998 – Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e estabelece obrigações quanto à gestão, à transparência e à eficiência na execução dos contratos de gestão.

Elaborado por:	Data:	Revisado por:	Data:	Autorizado por:	Data:
Nailton Cazumbá	04/11/2025	Paula Amorim	05/01/2026		
					Página 1 de 8

 IBASP Gestão em Saúde	POLÍTICA INSTITUCIONAL		
	CONTROLE INTERNO E GESTÃO DE RISCOS		
	Setor/Área: Presidência	Código: PI-02	Versão: 03


- b) Lei nº 8.666/1993 e Lei nº 14.133/2021 – Dispõem sobre licitações e contratos da Administração Pública, incluindo aspectos de risco contratual e mecanismos de controle.
- c) Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde, que organiza as ações e serviços do SUS com base nos princípios da integralidade, descentralização, hierarquização e controle social.
- d) Lei nº 12.846/2013 – Lei Anticorrupção, que trata da responsabilização objetiva de pessoas jurídicas por atos lesivos à administração pública.
- e) Decreto nº 11.129/2022 – Regulamenta a Lei Anticorrupção e estabelece critérios de avaliação de programas de integridade e gestão de riscos.
- f) Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), aplicável ao tratamento de dados sensíveis e pessoais nas atividades institucionais.
- g) Lei nº 9.784/1999 – Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal, incluindo o dever de motivação, controle e responsabilização.
- h) RDC ANVISA nº 36/2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e obriga a implementação de processos de gestão de riscos.
- i) Portaria GM/MS nº 529/2013 – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com foco na prevenção e mitigação de riscos nos ambientes assistenciais.
- j) Portaria GM/MS nº 1.863/2023 – Atualiza diretrizes do PNSP, reforçando a cultura de segurança e exigindo planos de gestão de riscos nos serviços de saúde.
- k) Manual Brasileiro de Acreditação ONA – versão vigente – Documento técnico de referência nacional que estabelece padrões de qualidade e segurança para organizações prestadoras de serviços de saúde, incluindo diretriz específica para gerenciamento de riscos clínicos, não clínicos, jurídicos, reputacionais, estratégicos e financeiros.
- l) ISO 31000:2018 – Gestão de Riscos – Diretrizes;
- m) ISO 37001:2016 – Sistema de Gestão Antissuborno;
- n) ISO 37301:2021 – Sistema de Gestão de Compliance;
- o) Referenciais da Controladoria-Geral da União (CGU) – especialmente o *Guia de Integridade para Organizações Sociais*;
- p) Referenciais do Tribunal de Contas da União (TCU) – com ênfase nos *Modelos de Três Linhas de Defesa, Mapa de Riscos e Boas Práticas em Governança e Gestão de Riscos*.

4. DEFINIÇÕES

Para fins desta Política, adotam-se as seguintes definições:

- a) **Apetite ao Risco:** grau de exposição ao risco que a alta direção está disposta a aceitar na busca pelos objetivos institucionais.
- b) **Canal de Denúncias:** meio seguro, sigiloso e acessível para o recebimento de relatos de condutas indevidas.
- c) **Colaboradores:** todas as pessoas que, independentemente da relação de trabalho, cargo ou função, estabeleçam vínculo direto de pessoalidade, subordinação e representação dentro da estrutura organizacional da instituição, sejam eles empregados, prestadores de serviços ou voluntários, trabalhando dentro ou fora das suas dependências, e nos locais onde há atuação da


Elaborado por: Nailton Cazumbá	Data: 04/11/2025	Revisado por: Paula Amorim	Data: 05/01/2026	Autorizado por:	Data:
					Página 2 de 8

 Gestão em Saúde	POLÍTICA INSTITUCIONAL		
	CONTROLE INTERNO E GESTÃO DE RISCOS		
	Setor/Área: Presidência	Código: PI-02	Versão: 03

instituição.

- d) **Comitê de Ética:** instância institucional de apoio, deliberação e investigação de inconformidades e riscos.
- e) **Compliance:** expressão derivada do verbo inglês “*to comply*”, que significa agir com integridade e estar em conformidade, cumprindo e fazendo cumprir leis, decretos, normativos, regulamentos e instruções aplicáveis às operações e atividades da instituição, que, na hipótese de não cumprimento (não conformidade), podem gerar sanções, perda financeira e/ou danos à reputação e à imagem institucional.
- f) **Controle Interno:** atividades, procedimentos, regras e instrumentos utilizados para prevenir, detectar e corrigir desvios ou não conformidades.
- g) **Due Diligence:** procedimento metódico de diligência prévia, que tem por objetivo a análise de informações e documentos visando conhecer a pessoa física ou a pessoa jurídica e seus administradores com a qual a instituição se relaciona ou pretende se relacionar.
- h) **Gestão de Riscos:** conjunto de processos sistemáticos para identificar, avaliar, tratar, monitorar e comunicar riscos institucionais.
- i) **Integrantes:** todos os associados, inclusive aqueles eleitos para os cargos do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal, da Diretoria Executiva, ou órgãos da estrutura organizacional, que participem e representem a IBASP Gestão em Saúde dentro ou fora das suas dependências, e nos locais onde há atuação da instituição.
- j) **Mapa de Riscos:** representação visual dos riscos identificados e sua classificação quanto à probabilidade e impacto.
- k) **Matriz de Riscos:** instrumento que cruza a probabilidade de ocorrência de um risco com o impacto causado, permitindo priorização.
- l) **Programa de Integridade (Compliance):** conjunto de instrumentos, processos, controles e procedimentos internos que garantem que a instituição esteja aderente ao arcabouço legal, à regulamentação infralegal, às recomendações dos órgãos reguladores e financiadores de projetos, aos procedimentos operacionais e políticas internas, ao Código de Conduta Ética da instituição, e aos demais instrumentos normativos aplicáveis.
- m) **Risco:** possibilidade de ocorrência de eventos que possam impactar negativa ou positivamente os objetivos da instituição.
- n) **Risco de Não Conformidade:** possibilidade de a instituição sofrer sanções legais ou administrativas, perdas financeiras, danos de imagem e/ou reputação, bem como outros danos decorrentes de descumprimento ou falhas na observância do arcabouço legal, da regulamentação infralegal, das recomendações dos órgãos reguladores e financiadores de projetos, dos procedimentos operacionais e do Código de Conduta Ética, das políticas institucionais, e dos demais instrumentos normativos aplicáveis;
- o) **Terceiros e Parceiros:** todas as pessoas físicas ou jurídicas que não sejam classificadas como Integrantes ou Colaboradores, mas que mantenham relação profissional ou comercial, ou que realizem operações representando a instituição;

Elaborado por:	Data:	Revisado por:	Data:	Autorizado por:	Data:
Nailton Cazumbá	04/11/2025	Paula Amorim	05/01/2026		
					Página 3 de 8

 IBASP Gestão em Saúde	POLÍTICA INSTITUCIONAL		
	CONTROLE INTERNO E GESTÃO DE RISCOS		
	Setor/Área:	Código:	Versão:
	Presidência	PI-02	03

5. DIRETRIZES

As diretrizes desta Política visam garantir que a IBASP Gestão em Saúde disponha de uma estrutura sólida, preventiva e proativa de controle interno e gestão de riscos, assegurando a conformidade legal, a sustentabilidade institucional e a segurança nas decisões e processos.

- I. O Programa de Integridade (*Compliance*) será observado e aplicado por todos os integrantes e colaboradores, também sendo aplicável a terceiros e parceiros no que couber, devendo haver aderência e participação de todos na construção e manutenção da cultura organizacional ética, e no cumprimento das normas e regulamentos internos e externos;
- II. O Comitê de Ética, órgão interno criado pela instituição para garantir a implementação e efetividade do Programa de Integridade, disporá de recursos e de integrantes adequadamente treinados e com experiência necessária para o exercício das atividades relacionadas à função;
- III. A IBASP Gestão em Saúde disseminará a cultura de integridade por meio de comunicações e capacitações em assuntos relativos ao *Compliance*, e conduzirá suas operações e decisões observando os procedimentos e políticas internas, os regulamentos internos e externos, e a legislação vigente;
- IV. A IBASP Gestão em Saúde buscará fortalecer seus processos e controles internos, além de identificar, avaliar, reportar e manter atualizada a relação de riscos de conformidade, aos quais a instituição está exposta, e apoiará a apuração de relatos recebidos por meio do Canal de Denúncias, quando aplicável.

5.1 Compromisso da Alta Direção (Diretoria Executiva)

A alta liderança deve atuar como exemplo de conduta ética e promover, de forma ativa, a cultura de integridade, governança e responsabilidade na organização, garantindo os recursos necessários à implementação das práticas de controle interno e gestão de riscos.

5.2 Estrutura de Governança

A IBASP manterá uma estrutura clara de governança, com definição de papéis, responsabilidades e instâncias deliberativas, incluindo o Comitê de Ética, responsável pelo monitoramento e deliberação sobre inconformidades e riscos relevantes.

5.3 Integração com o Planejamento Estratégico

A gestão de riscos deve estar integrada aos processos de planejamento institucional, tomada de decisão, definição de metas e pactuação de resultados, garantindo coerência entre objetivos, controles e grau de exposição aceitável (apetite ao risco).

5.4 Prevenção e Detecção de Riscos

A instituição deve aplicar metodologias sistemáticas para identificar, analisar, avaliar e tratar riscos clínicos, não clínicos, jurídicos, financeiros, operacionais, regulatórios, reputacionais e de integridade. Devem ser priorizados os riscos com maior probabilidade de ocorrência e maior impacto.

Elaborado por:	Data:	Revisado por:	Data:	Autorizado por:	Data:
Nailton Cazumbá	04/11/2025	Paula Amorim	05/01/2026		
					Página 4 de 8

 Gestão em Saúde	POLÍTICA INSTITUCIONAL		
	CONTROLE INTERNO E GESTÃO DE RISCOS		
	Setor/Área:	Código:	Versão:
	Presidência	PI-02	03

5.5 Gestão de Riscos

De forma permanente, a IBASP deve identificar, mapear e atuar para identificar e mitigar os riscos aos quais está exposto. Com uma equipe dedicada e capacitada, somada a procedimentos de controle interno e a um programa de gestão de riscos estruturada, deve direcionar o foco para os resultados esperados, permitindo que a instituição priorize as atividades e otimize a aplicação dos recursos disponíveis, de forma legal e ética, nos seus fins estatutários.

5.6 Controles Internos

Os controles devem ser definidos com base em critérios de efetividade, eficiência, economicidade e adequação. Devem incluir controles preventivos, detectivos e corretivos, com base em evidências documentadas e acessíveis à auditoria.

5.7 Due Diligence e Avaliação de Terceiros

A instituição deverá adotar procedimentos de *due diligence* e análise de integridade na contratação de fornecedores, parceiros e colaboradores estratégicos, considerando critérios de reputação, conformidade legal e riscos potenciais à imagem institucional.

5.8 Programa Integridade (*Compliance*):

O Programa de Integridade (*Compliance*) tem por objetivo ampliar a atuação para além do escopo específico de atendimento à legislação, criando uma sinergia para viabilizar uma cultura ética, analisar os riscos operacionais de forma constante e atuar em conformidade com as boas práticas de governança.


A Diretoria Executiva influencia e inspira a conduta dos públicos de interesse, sendo fundamental como um exemplo de comportamento a ser seguido pelos demais integrantes e colaboradores da instituição na condução de suas atividades.

O suporte por parte da alta administração é imprescindível para a implementação e sucesso de um Programa de Integridade (*Compliance*). Por este motivo, a Diretoria Executiva, apoiada pelo Comitê de Ética, está à frente das ações e decisões do Programa, bem como é responsável por viabilizar a atuação, independente de atividades de conformidade e gestão de riscos.

5.9 Comunicação, Treinamento e Conscientização

O sucesso de um Programa de Integridade depende da comunicação, disseminação e promoção das regras e expectativas de conduta da instituição aos seus públicos. A comunicação e o treinamento são os meios mais eficazes e eficientes para que a instituição possa capacitar e sensibilizar seus públicos quanto às suas prerrogativas e responsabilidades, fortalecendo o conceito da cultura organizacional ética. Todos os públicos envolvidos devem ser periodicamente capacitados quanto aos princípios, práticas e responsabilidades da gestão de riscos e controle interno, com ações de comunicação, treinamentos técnicos e campanhas educativas.

Elaborado por:	Data:	Revisado por:	Data:	Autorizado por:	Data:
Nailton Cazumbá	04/11/2025	Paula Amorim	05/01/2026		
					Página 5 de 8

 IBASP Gestão em Saúde	POLÍTICA INSTITUCIONAL		
	CONTROLE INTERNO E GESTÃO DE RISCOS		
	Setor/Área:	Código:	Versão:
	Presidência	PI-02	03

5.10 Monitoramento e Aprimoramento Contínuo

O monitoramento e a prevenção configuram ações contínuas por meio do qual a IBASP Gestão em Saúde avalia se suas atividades se encontram em conformidade com os regulamentos e as regras internas e externas aplicáveis. O monitoramento tem por finalidade verificar a necessidade de melhoria dos processos estabelecidos, buscando a prevenção de ocorrências e de apuração de riscos, através da aplicação de procedimentos como o *due diligence*, a revisão de controles internos, os testes periódicos e as auditorias internas.

Os controles e os riscos devem ser monitorados regularmente por meio de indicadores, auditorias, revisões internas e relatórios gerenciais. As falhas identificadas devem ser objeto de planos de ação corretiva e revisão das práticas existentes.

5.11 Responsabilidade Compartilhada

A gestão de riscos é uma responsabilidade institucional compartilhada entre todos os níveis hierárquicos. Espera-se de todos os colaboradores comportamento ético, atenção aos riscos e engajamento no aprimoramento contínuo da gestão.

6 CANAL DE DENÚNCIAS

É o mecanismo institucionalizado, destinado a receber, de forma segura e confidencial, relatos de irregularidades, infrações, comportamentos antiéticos ou ilegais ocorridos dentro da instituição e nas suas unidades de saúde. Permite que os diversos públicos possam reportar situações como fraude, corrupção, todos os tipos de assédio, discriminação e outras violações de normas legais ou de políticas internas.


O principal objetivo desse canal é promover a integridade e a conformidade, garantindo a apuração adequada das denúncias e a proteção dos denunciantes contra retaliações, contribuindo assim para um ambiente organizacional ético e transparente.

Todos abrangidos por esta Política devem relatar, de forma imediata, qualquer ato, ou indício de ato, de corrupção, de pagamento ou recebimento de propina, ou de qualquer outra situação que viole as políticas internas, a conformidade e a integridade, assegurando a proteção dos padrões éticos adotados pela instituição e preservação da sua imagem e reputação perante a sociedade.

Nesse sentido, se encontra disponível no site da instituição <https://ibasp.org.br/denuncias/> um Canal de Denúncias, que pode ser acessado para fins de relatos de situações que configurem: corrupção, suborno ou fraude; conduta imoral ou antiética; assédio moral ou sexual; bullying ou maus tratos; roubo ou furto; conflito de interesses; vazamento de informações sigilosas; descumprimento da legislação ou de políticas institucionais; desrespeito ao Código de Conduta Ética, dentre outras ações e comportamentos incompatíveis com os princípios da IBASP Gestão em Saúde.

Não haverá qualquer retaliação ou punição para o integrante, colaborador, terceiro ou parceiro que utilizar o canal de denúncias com o objetivo de reportar não conformidades relacionadas à instituição, bem como haverá total sigilo e proteção dos dados de todos que vierem a relatar ocorrências e denúncias, sejam internos ou externos à instituição.

Elaborado por:	Data:	Revisado por:	Data:	Autorizado por:	Data:
Nailton Cazumbá	04/11/2025	Paula Amorim	05/01/2026		
					Página 6 de 8

 IBASP Gestão em Saúde	POLÍTICA INSTITUCIONAL		
	CONTROLE INTERNO E GESTÃO DE RISCOS		
	Setor/Área: Presidência	Código: PI-02	Versão: 03

7 OUVIDORIA

Uma vez a IBASP Gestão em Saúde atua na prestação de serviços, por iniciativa própria e atendendo a demandas da administração pública para a concretização de políticas públicas especialmente nas áreas da saúde, assistência social e educação, encontra-se também disponível no site da instituição a Ouvidoria <https://ibasp.org.br/ouvidoria/>.

A Ouvidoria tem por objetivo a melhoria contínua dos serviços prestados pela instituição, e assegurar a transparência, a ética e a qualidade no atendimento ao público interno e externo.

Através deste canal de comunicação poderão ser coletadas informações detalhadas e relevantes para o adequado tratamento das manifestações e relatos de situações que configurem: reclamação, sugestão, elogio, solicitação ou outras demandas relacionadas aos serviços prestados.

8 INVESTIGAÇÕES E SANÇÕES APLICÁVEIS

O processo de investigações e sanções aplicáveis à Ouvidoria e ao Canal de Denúncias deve ser conduzido pelo Comitê de Ética da instituição, de maneira transparente, imparcial e rigorosa, garantindo a integridade do procedimento e a proteção dos direitos de todas as partes envolvidas.

As suspeitas de violação desta Política, bem como os incidentes informados, serão investigadas imediatamente e de forma apropriada pelo Comitê de Ética. Se após as investigações ficar comprovada a ocorrência de conduta indevida, ilegal ou antiética, serão tomadas medidas corretivas imediatas e exemplares, sempre de acordo com as circunstâncias, a gravidade e a legislação aplicável.

Qualquer integrante, colaborador, terceiro ou parceiro que viole disposições desta Política estará sujeito às sanções disciplinares previstas no Código de Conduta Ética da IBASP Gestão em Saúde, listadas abaixo:

- I. Advertência verbal;
- II. Advertência por escrito;
- III. Suspensão;
- IV. Demissão sem justa causa;
- V. Demissão por justa causa;
- VI. Exclusão do fornecedor, parceiro ou agente intermediário da instituição;
- VII. Ação judicial cabível;
- VIII. Medidas corretivas (treinamentos, revisão de políticas, melhorias nos processos).

9 RESPONSABILIDADES

Cabe aos dirigentes da IBASP Gestão em Saúde cumprir e fazer cumprir com todas as disposições desta Política, e assegurar que todos os integrantes, colaboradores, terceiros e parceiros de seu relacionamento sejam informados sobre seu conteúdo e a importância de sua implementação.

A adesão é obrigatória para todos os envolvidos, e suas regras e diretrizes devem ser colocadas em prática de imediato.

Elaborado por:	Data:	Revisado por:	Data:	Autorizado por:	Data:
Nailton Cazumbá	04/11/2025	Paula Amorim	05/01/2026		
					Página 7 de 8

 IBASP Gestão em Saúde	POLÍTICA INSTITUCIONAL		
	CONTROLE INTERNO E GESTÃO DE RISCOS		
	Setor/Área:	Código:	Versão:
	Presidência	PI-02	03

10 DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- I. Estatuto Social;
- II. Código de Conduta Ética;
- III. Política de Anticorrupção;
- IV. Política de Brindes, Presentes, Entretenimentos e Hospitalidades;
- V. Política de Doações e Patrocínios;
- VI. Política de Proteção de Dados;
- VII. Política de Registros Contábeis;
- VIII. Política de Tecnologia da Informação;
- IX. Política de Recursos Humanos;
- X. Política de Comunicação;
- XI. Política de Compras e Contratações;
- XII. Política de Viagens, Diárias e Hospedagens;
- XIII. Política de Adiantamentos e Reembolsos;
- XIV. Política de Execução de Projetos e Prestação de Contas;
- XV. Política de Gestão Financeira.

Elaborado por:	Data:	Revisado por:	Data:	Autorizado por:	Data:
Nailton Cazumbá	04/11/2025	Paula Amorim	05/01/2026		
					Página 8 de 8