

ESTRUTURA DE CONTROLES INTERNOS

Classificação	
Política Institucional Aspectos Gerais	
Título	
Estrutura de Controles Internos	
Versão	
04	
Instrumento Normativo Mandatório	
<input checked="" type="checkbox"/> Política	<input type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> Manual de Controles Internos Procedimentos
Controle de Aprovação	
Aprovado pela Diretoria em: 30/06/2024	Válido até: 30/06/2025

* Visando ao controle das revisões realizadas, estas devem ser registradas na última página do documento.

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO	4
2.	DIRETRIZES GERAIS	4
3.	Controles Internos e Processos Relacionados	5
3.1	Ambiente de Controle (Ambiente Interno e Fixação dos Objetos	5
3.2	Informação e Comunicação	6
3.3	Monitoramento.....	7
3.4	Atividades de Controles	7
3.5	Abordagem Integrada – Três Linhas de Defesa	8
3.6	Avaliação e Gerenciamento dos Riscos (Identificação de Eventos, Avaliação e Respostas a Risco)	9
4.	Instrumentos Normativos	9
4.1	Políticas e Normas	10
4.2	Manual de Controles Internos Procedimentos	10
4.3	Formulários, Instruções de Preenchimento e Termos de Responsabilidade	10
5.	Auditoria	11
5.1	Auditoria Interna	11
5.2	Auditoria Externa (Independente)	11
5.3	Tratamento dos Relatórios das Auditorias	12
6.	Continuidade de Negócios	12
7.	Relatório de Controles Internos.....	12
8.	Tratamento de Ocorrência e Registro no Relatório Gerencial	13
8.1	Guarda das Evidências Relatório de Controles Internos	14
9.	BASE REGULATÓRIA / LEGISLAÇÃO APLICÁVEL	14
10.	VERSIONAMENTO	15

1. OBJETIVO

Estabelecer as regras que garantam, por meio de Controles Internos e Processos, o permanente atendimento às políticas internas e regulamentações vigentes, bem como a condução à compreensão dos principais riscos decorrentes de fatores internos e externos incorridos pelo Grupo Warren ("Warren"), com vistas a assegurar que estes sejam identificados, avaliados, monitorados, controlados forma adequada e eficiente.

2. DIRETRIZES GERAIS

A Área de Controles Internos procede, tempestivamente, para certificar que todas as ações planejadas e aprovadas sejam executadas adequadamente, visando à salvaguarda dos ativos, à exatidão e confiabilidade das informações, à eficiência operacional e à aderência às regras da Instituição e regulamentação pertinente.

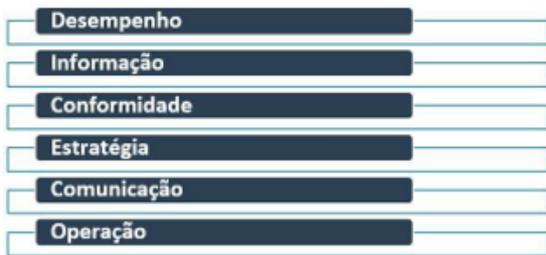
Os componentes da Estrutura de Controles Internos compreendem práticas e procedimentos que devem ser executados para que os objetivos da Warren sejam atingidos, ressaltando que todos os componentes devem estar presentes nos vários níveis da Instituição.

Conforme estabelecido pelo COSO ERM – Enterprise Risk Management Framework, há uma relação entre os objetivos da Instituição, os componentes que são necessários para alcançar estes objetivos e a Estrutura Organizacional.

O Processo de Controles Internos implementado na Instituição, visa:

- **Desempenho:** relacionado à eficiência e à efetividade no uso dos recursos nas atividades desenvolvidas.
- **Informação:** relacionado à divulgação voluntária ou obrigatória, interna ou externa, de informações financeiras, operacionais e gerenciais, que sejam úteis para o processo de tomada de decisão.
- **Conformidade:** relacionado ao cumprimento de disposições legais, regulamentares e previstas em políticas e códigos internos.

Categorias de Objetivos da Instituição

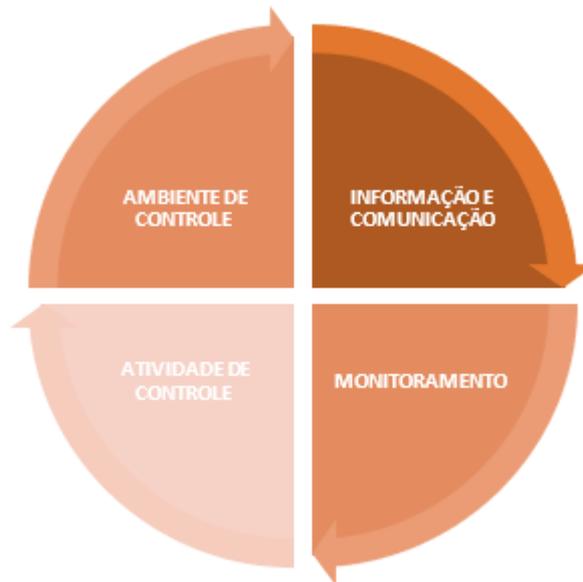


Componentes do Gerenciamento de Riscos Corporativos



3. Controles Internos e Processos Relacionados

Componentes essenciais:



3.1 Ambiente de Controle (Ambiente Interno e Fixação dos Objetos)

Refere-se à consciência de controle na Instituição, envolvendo competência técnica e compromisso ético de todos, sendo imprescindível o devido acompanhamento junto aos colaboradores, os quais devem ter ciência do cumprimento das determinações disponibilizadas nos Instrumentos Normativos implementados.

Para tanto, o Ambiente de Controle adotado procede a:

- Certificar se todos os colaboradores conhecem suas responsabilidades e a função de suas atividades;
- Acompanhar os treinamentos institucionais;
- Conferir se os colaboradores sabem qual o padrão de conduta e ética a serem seguidos; e
- Acompanhar se estão sendo tomadas as ações corretivas disciplinares devidas quando o colaborador não agir de acordo com os padrões de conduta e comportamento esperados, ou de acordo com as regras e procedimentos definidos.
- Definir as responsabilidades dos colaboradores nos sistemas de controles internos e dos respectivos meios para o seu eficaz cumprimento.
- Proceder a comunicação tempestiva ao adequado nível gerencial, por parte dos colaboradores, de:
 - Problemas nas operações;
 - Situações de não conformidade com os padrões de conduta definidos pela Instituição;
 - Violações das políticas da Instituição ou de disposições legais e regulamentares;
 - Proibições de estabelecimento de metas de desempenho que incentivem a tomada de Riscos em desacordo com os níveis determinados pela Alta Administração;
 - Formalização do compromisso com a ética e com a integridade, incluindo o cumprimento do código de ética ou de documento equivalente; e
 - Divulgação do código de ética ou documento equivalente.

3.2 Informação e Comunicação

A comunicação é essencial para o bom funcionamento dos controles. Informações sobre planos, ambiente de controle, riscos, atividades de controle e desempenho devem ser transmitidas a toda Instituição. Por outro lado, as informações recebidas, de maneira formal ou informal, de fontes externas ou internas, devem ser identificadas, capturadas, verificadas quanto à sua confiabilidade e relevância, processadas e comunicadas às pessoas que as necessitam, tempestivamente, e de maneira adequada.

O processo de comunicação pode ser formal ou informal. O processo formal se dá por meio do processo interno de comunicação ou em reuniões de equipes de trabalho, os quais são importantes para obtenção das informações necessárias ao acompanhamento dos objetivos operacionais, de informação e de conformidade. O processo informal ocorre em

conversas e encontros com clientes, fornecedores, reguladores e colaboradores, sendo importante para obtenção das informações necessárias à identificação de riscos e oportunidades.

3.3 Monitoramento

O monitoramento deve ser realizado por meio do acompanhamento contínuo das atividades quanto por avaliações pontuais, tais como autoavaliação, revisões eventuais e Auditoria Interna.

A função do monitoramento tem como objetivo verificar se os controles internos estão adequados e efetivos.

Os controles adequados são os 05 (cinco) elementos do controle (ambiente, avaliação de riscos, atividade de controle, informação e comunicação e monitoramento) de forma presente e funcionando conforme planejado.

3.4 Atividades de Controles

Devendo ser executadas a tempo e de maneira adequada, as Atividades de Controle permitem a redução ou administração dos riscos, podendo ser de duas naturezas: **atividades de prevenção ou de detecção.**

Atividades de Controle adotadas são:

Alçadas (prevenção)	<ul style="list-style-type: none">▪ Conferência dos limites determinados a um colaborador, quanto à possibilidade deste aprovar valores ou assumir posições em nome da Instituição.
Autorizações (prevenção)	<ul style="list-style-type: none">▪ Conferência das atividades e transações que necessitam de aprovação superior para que sejam efetivadas. A aprovação de um superior, de forma manual ou eletrônica, implica na validação da atividade ou transação e assegura que esta está em conformidade com as determinações estabelecidas.
Conciliação (detecção)	<ul style="list-style-type: none">▪ Proceder à confrontação da mesma informação com dados vindos de bases diferentes, adotando as ações corretivas, quando necessário.

<p>Revisões de Desempenho (detecção)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar uma atividade ou processo para avaliação de sua adequação e/ou desempenho em relação às metas e aos objetivos traçados, de forma a antecipar mudanças que possam impactar negativamente a Instituição.
<p>Segurança Física (prevenção e detecção)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conferência do controle de acessos na entrada e saída de colaboradores e materiais na Instituição. As determinações relacionadas à Segurança Física, Acesso Físico às Dependências e Pessoas Autorizadas, estão descritas na Política Segurança da Informação – Corporativa e na Matriz de Segregação de Funções – Concessão de Acesso Lógico e Físico.
<p>Segregação de Função (prevenção)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Na Matriz de Segregação de Funções – Concessão de Acesso Lógico e Físico instituída abrange o detalhamento dos procedimentos necessários para a Concessão de Acessos, de acordo com o determinado pela Direção Executiva e instruções vigentes dos Órgãos Reguladores Banco Central, CVM - Comissão de Valores Mobiliários e Autorregulador BSM – Supervisão de Mercados.
<p>Sistemas Informatizados (prevenção e detecção)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Controles realizados por meio de sistemas informatizados: Organização e manutenção dos arquivos de back-up e arquivo de log do sistema; e Controles de aplicativos para garantir a integridade e a veracidade dos dados e transações (checagem das informações com registros armazenados em banco de dados).
<p>Instrumentos Normativos (prevenção)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Documentos estabelecidos e implementados para assegurar que as respostas aos riscos sejam executadas com eficácia. As regras estão descritas no Item “Instrumentos Normativos” desta Política.

Para garantir que os processos sejam executados da forma mais segura e transparente possível, a prática de segregar consiste em nada mais do que “separar” as funções dentro da Instituição, restringindo as oportunidades de uso indevido e não autorizado.

Os acessos aos Recursos de TI devem ser concedidos somente após o cadastramento dos devidos direitos do colaborador, prestador de serviços ou terceiro contratado no Sistema Interno da Instituição - Jira.

As determinações relacionadas à Segregação de Função e Concessão de Acessos estão descritas no Manual de Controles Internos Segregação de Funções – Controle de Acesso.

3.5 Abordagem Integrada – Três Linhas de Defesa

A Instituição aplica o modelo **Três Linhas de Defesa**, forma eficaz para a comunicação do gerenciamento de riscos e controles por meio do esclarecimento dos papéis e responsabilidades essenciais.

As linhas são divididas e possuem papéis específicos, de modo que a Diretoria de Compliance, Controles Internos e Auditoria deve atuar firmemente para que a comunicação entre cada uma das

linhas flua com maior velocidade e proporcione a visão holística do processo inteiro em todas as bases da Instituição.



3.6 Avaliação e Gerenciamento dos Riscos (Identificação de Eventos, Avaliação e Respostas a Risco)

Para a Avaliação e o Gerenciamento dos Riscos associados ao não cumprimento das metas e objetivos operacionais, de informação e de conformidade, deve-se:

- Identificar os riscos que ameacem o devido cumprimento às regras e aos procedimentos instituídos. Identificados os riscos, proceder com a devida avaliação; e
- Tomar as ações necessárias para o gerenciamento dos riscos identificados.

As determinações relacionadas ao Gerenciamento de Risco Operacional estão descritas na Política de Estrutura de Risco Operacional, Conformidade, Imagem e Legal.

4. Instrumentos Normativos

O conteúdo dos Instrumentos Normativos atinge partes cruciais dentro da Instituição, influenciando o modo como o trabalho realizado é organizado. Eles apontam o “como fazer”, ou seja, tem como objetivo maior orientar ou ensinar a fazer as atividades realizadas dentro da Instituição. Por isso, é necessário ter uma linguagem simples, clara e objetiva,

pois todos os colaboradores devem ter acesso a esse material, já que serve de auxílio na realização de suas funções, principalmente para o profissional recentemente contratado na Instituição. As versões originais e editáveis dos Instrumentos Normativos da Instituição ficam arquivadas em Diretório | Pasta de Rede – Controles Internos. Após as devidas aprovações, os Instrumentos Normativos da Instituição são disponibilizados na “*Warrenpedia* | Instrumentos Normativos” para a visualização de todos os colaboradores. Anualmente a Diretoria de *Compliance, Controles Internos e Auditoria* divulga, aos colaboradores, a relação de Instrumentos Normativos desenvolvidos e revisados.

4.1 Políticas e Normas

Informam as regras, os processos e as responsabilidades que necessitam ser registrados, devendo ser a base e a orientação para a conduta dos colaboradores em relação aos valores, ética, estratégias e diretrizes determinadas pela Instituição e pelos órgãos reguladores, difundindo a informação e o conhecimento de forma padronizada e efetiva.

As Políticas e Normas devem ser aprovadas pela Diretoria Executiva responsável pelo tema e pela Diretoria de Compliance, Controles Internos e Auditoria.

Esses Instrumentos Normativos devem ser revisados anualmente ou mesmo antes desse período, caso seja necessário.

4.2 Manual de Controles Internos | Procedimentos

Contém a descrição detalhada do fluxo de trabalho, ou seja, é um roteiro padronizado sobre a execução do processo, da operacionalidade dos produtos e dos procedimentos administrativos.

Os Manuais de Controles Internos | Procedimentos são documentos estáveis. Contudo, assim como os processos podem mudar, seja por adaptação ou melhoria, os procedimentos devem estar em constante evolução, caminhando junto aos processos.

Os Manuais de Controles Internos e/ou Manuais de Procedimentos devem ser aprovados pela Gerência responsável pelo tema e Diretoria de Compliance, Controles Internos e Auditoria.

Esses Instrumentos Normativos devem ser revisados anualmente ou mesmo antes desse período, caso seja necessário.

4.3 Formulários, Instruções de Preenchimento e Termos de Responsabilidade

Esse tipo de documentação deve ser utilizado para apoio e/ou registro dos procedimentos

relacionados.

A documentação deve ser revisada a cada 02 (dois) anos ou mesmo antes desse período, caso seja necessário.

5. Auditoria

As auditorias, interna e externa, conduzem o Grupo Warren nos seus objetivos, abordando de forma sistemática a prática de atividades e avaliando a eficácia da gestão e do controle de riscos internos.

5.1 Auditoria Interna

A Auditoria Interna tem como objetivo assessorar a Instituição no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades, por meio de análises, recomendações, pareceres e demais informações sobre às atividades examinadas. A fim de examinar e avaliar a adequação e eficácia dos controles internos, deverão ser observados os seguintes aspectos durante seu trabalho:

- A integridade e confiabilidade das informações gerenciais e os meios utilizados para identificar, avaliar, classificar e comunicar tais informações;
- Os sistemas estabelecidos para assegurar a observância das políticas, planos, procedimento, leis e regulamentações que possam ter um impacto significativo sobre as operações e informações, bem como verificar se a Warren os segue;
- A eficiência, eficácia e economia na utilização dos recursos;
- As operações ou programas para verificar se os resultados são compatíveis com os objetivos e meios estabelecidos e se estão sendo executados de acordo com que foi planejado;
- Monitorar a qualidade e integridade dos mecanismos de controles internos, apresentando as recomendações de aprimoramento junto às políticas e procedimentos; e
- Manter a total confidencialidade das informações obtidas, não devendo revelá-las a terceiros, sem autorização específica, seguindo aos princípios éticos profissionais.

5.2 Auditoria Externa (Independente)

Realiza exames que asseguram a confiabilidade e emitem pareceres sobre as demonstrações financeiras da Warren.

Deve, por sua vez, averiguar e detectar eventuais falhas nos processos e controles internos, de forma que as não conformidades sejam registradas, bem como atuar de maneira preventiva e apresentar sugestões relacionadas às medidas corretivas e

implementações necessárias.

Em caso de detecção de fraude, a Auditoria Externa tem a obrigação de comunicá-la à Diretoria Executiva e sugerir medidas corretivas, informando sobre os possíveis efeitos no seu relatório, caso elas não sejam adotadas.

A Auditoria Externa deve manter a total confidencialidade das informações obtidas, não devendo revelá-las a terceiros, sem autorização específica, seguindo aos princípios éticos profissionais.

5.3 Tratamento dos Relatórios das Auditorias

Os auditores devem entregar seus relatórios à Diretoria de Compliance, Controles Internos e Auditoria, visto que todas as ocorrências serão verificadas e analisadas em conjunto com os gestores competentes.

A Área de Controles Internos e Processos deve realizar o monitoramento das ações tomadas e dos planos de ação propostos, considerando prazo e status de implementação.

6. Continuidade de Negócios

O **Plano de Continuidade de Negócios - PCN** tem como objetivo prover a Instituição de recursos que permitam manter a continuidade operacional dos seus processos críticos em situações de excepcionalidade, bem como identificar os fatores de risco que possam comprometer a continuidade dos negócios. Objetiva, também, conscientizar os colaboradores a manterem-se alertas a possíveis riscos de descontinuidade operacional e estarem aptos e treinados no tocante à utilização de recursos alternativos em situações de contingência.

As determinações relacionadas ao PCN estão descritas na Política Continuidade de Negócios e no Anexo - Plano de Continuidade Operacional (PCO).

7. Relatório de Controles Internos

Em atendimento à legislação vigente, a Área de Controles Internos, na periodicidade determinada pelo Regulador, deve elaborar o Relatório de Controles Internos, com base no resultado dos testes efetuados para cada controle avaliado, contendo as recomendações e o acompanhamento dos planos de ação definidos nos relatórios anteriores.

O Relatório deve aprovado ser pela Diretoria de Compliance, Controles Internos e Auditoria e, também, pela Diretoria Executiva de TI, para conhecimento dos principais pontos de atenção quanto aos controles que mitigam os riscos da Instituição.

8. Tratamento de Ocorrência e Registro no Relatório Gerencial

Ao perceber que a atividade foi praticada de forma inadequada, os Colaboradores, em conjunto com o Gestor responsável, devem dar uma solução imediata para a ocorrência. Por sua vez, o Gestor responsável pode, dependendo de o risco envolvido, interromper ou não o processo. Em caso de interrupção do processo, a Diretoria de Compliance, Controles Internos e Auditoria deve ser informada.

Finalizado o processo de solução da ocorrência, devem ser observados:

- As ocorrências, bem como a solução imediata adotada, devem ser avaliadas pelo Gestor responsável, pelo respectivo Diretor responsável e pela Área de Controles Internos, com vistas a adotar uma das seguintes providências:
 - Avaliação do impacto da deficiência;
 - Aprovação da solução imediata adotada;
 - Aprovação em regime de exceção, se dentro de sua competência e limite de autoridade; e
 - Submissão ao nível hierárquico com autoridade requerida para aprovação do limite e/ou da solução adotada.

Semestralmente:

A Área de Controles Internos deve fazer uma análise global das ocorrências e das respectivas soluções adotadas, verificando:

- Impactos nas atividades;
- Incidência das ocorrências, tornando-as uma deficiência sistêmica; e
- Se há grande probabilidade de voltar a ocorrer.

Para as ocorrências que se enquadrarem em uma das características descritas, a Área de Controles Internos deve avaliar a necessidade de adoção de providências complementares, ou seja, ações corretivas a serem desenvolvidas de forma sistêmica e planejada, inclusive quanto a treinamento de colaboradores, se for o caso.

Dessa consolidação, deve ser elaborado registro específico (por meio de relatório ou e-mail) das ocorrências relevantes que deve relacionar somente os fatos considerados importantes, identificando os riscos implícitos das atividades, avaliando os níveis de riscos, registrando o resultado ou prejuízo e descrevendo quais os ajustes ou estratégias que podem ser adotadas.

A constatação e caracterização das deficiências que requeiram a adoção de ações

corretivas estão indicadas a seguir:

Na Monitoração do Processo:

Quando detectadas deficiências na execução dos processos operacionais, documentadas e julgadas pelo Gestor as Área como geradora de impacto e repetitiva.

Verificada após a Execução do Processo:

Quando em atividade de verificação, posterior à execução do processo, for constatada deficiência de relevância.

Reclamações de Clientes:

Quando forem recebidas reclamações de clientes consideradas procedentes.

8.1 Guarda das Evidências | Relatório de Controles Internos

Todas as evidências geradas, devem ser arquivadas no Sistema Interno da Instituição – Jira e em Diretório | Pasta de Rede – Controles Internos, pelo prazo de 05 anos.

9. BASE REGULATÓRIA / LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

- Ofício Circular 132/2022-PRE, de 30 de setembro de 2022 132/2022-PRE: Estabelece regras sobre o Programa de Qualificação Operacional (PQO) – Informações consolidadas do Manual de Certificação.
- Resolução CMN Nº 4.968, de 25 de novembro de 2021: Dispõe sobre os sistemas de controles internos das instituições financeiras e demais instituições autorizadas a funcionar pelo Banco Central do Brasil.
- Resolução CVM nº 35, de 26 de maio de 2021: Estabelece normas e procedimentos a serem observados na intermediação de operações realizadas com valores mobiliários em mercados regulamentados de valores mobiliários e revoga a Deliberação CVM nº 105, de 22 de janeiro de 1991, e as Instruções CVM nº 51, de 9 de junho de 1986, CVM nº 333, de 6 de abril de 2000, CVM nº 505, de 27 de setembro de 2011, Instrução CVM nº 526, de 21 de setembro de 2012; Instrução CVM nº 581, de 29 de setembro de 2016; Instrução CVM nº 612, de 21 de agosto de 2019; e Instrução CVM nº 618, de 28 de janeiro de 2020.
- Lei nº 12.846, de 01 de agosto de 2013 - Lei Anticorrupção: Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos

contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências.

10. VERSIONAMENTO

Versão:	Data de Revisão:	Histórico:
01 e 02	02/12/2022 30/06/2021	Versões anteriores (PL 08 e NP 08), os históricos do conteúdo e as aprovações, estão arquivados sob a responsabilidade da Área de Compliance Regulatório.
03	31/07/2023	Revisão anual do conteúdo e inserção do novo template adotado pela Instituição. Esta Política substitui os documentos POL 08 – Versão 02 e NP 08 – Versão 01, conforme informado no Item Implementação.
04	30/06/2024	Revisão anual do conteúdo.