

**PROGRAMA DE
INTEGRIDADE E
BOAS
PRÁTICAS**

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL - HSPM

Rua Castro Alves, 60

São Paulo-SP

CEP 01532-900

gabinete@hspm.sp.gov.br

Superintendente

Elizabeth Michelete

Equipe de Integridade

Maria Simone Celestrino

Responsável pelo Controle Interno

Ana Cristina Reis dos Santos

Daniela Avancini Pena Lima

Permitida a reprodução desta obra, de forma parcial ou total, sem fins lucrativos, desde que citada a fonte ou endereço da internet no qual possa ser acessada integralmente em sua versão digital.



MENSAGEM DA ALTA ADMINISTRAÇÃO

A integridade é um valor fundamental que permeia todas as esferas da vida, principalmente da vida pública, desde relações pessoais até profissionais. Este atributo é particularmente importante na gestão da *republica*, pois os agentes públicos tomam decisões diariamente que atingem toda a coletividade. No contexto da Prefeitura do Município de São Paulo, a integridade é vital para a reputação desta instituição e para o sucesso na entrega de políticas públicas aos Servidores Públicos Municipais.

Para além do ambiente de trabalho, a integridade contribui para um mundo mais justo, equitativo e transparente. Ao agir de forma ética e responsável, nos tornamos agentes de mudanças, promovendo valores positivos na sociedade e inspirando outros a fazerem o mesmo.

O Programa de Integridade é uma ferramenta estratégica que promove e visa assegurar comportamentos éticos e transparentes dentro da administração pública e estabelece diretrizes e práticas que orientam tanto servidores quanto a Alta Administração em suas ações, visando prevenir irregularidades, fraudes e condutas antiéticas.

O trabalho desenvolvido pela Equipe de Integridade do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), com apoio da **Controladoria Geral do Município (CGM)**, demonstra que implementar um programa de integridade não é apenas uma questão de cumprimento de exigências legais, mas também uma estratégia de promoção à integridade, à ética, à transparência e às boas práticas na Prefeitura de São Paulo em todas as suas esferas.

Ao incentivar que todos os membros da equipe atuem de maneira ética, a Administração do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM fortalece sua reputação, além de atuar fortemente para minimizar riscos legais, financeiros como de desempenho.

Superintendente

São Paulo, junho de 2025.



Sumário

1	APRESENTAÇÃO	4
1.1	Compromisso da Alta Administração	5
1.2	Identificação dos responsáveis pela implementação do Programa de Integridade e Boas Práticas na unidade.....	6
2	INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE.....	7
2.1	Competências e atribuições definidas por Lei.....	7
2.2	Organograma e estrutura administrativa.....	8
2.3	Principais atividades executadas pela Unidade	9
2.4	Diretrizes do planejamento estratégico	10
2.5	Principais instrumentos normativos relativos à integridade	10
3	ESTRUTURAS DE GESTÃO DA INTEGRIDADE	12
3.1	Controles internos	12
3.2	Promoção da Transparência.....	13
3.2.1	Transparência Ativa	13
3.2.2	Transparência Passiva	13
3.3	Código de Ética e de Conduta	14
3.4	Conflitos de interesse	14
3.5	Ações de Conscientização contra Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação e Ações de Proteção ao Denunciante	15
3.6	Implementação de procedimentos de responsabilização.....	15
3.7	Processo de Apuração Preliminar.....	16
3.8	Tratamento de Denúncias	16
3.9	Recomendações de Auditoria.....	18
3.10	Declaração Anual de Bens	18
3.11	Sistema e-Prevenção	19
3.12	Diversidade e Inclusão	19
4	GESTÃO DE RISCOS PARA A INTEGRIDADE	20
4.1	Gestão de Riscos	20
5	PLANO DE AÇÃO E MONITORAMENTO.....	21
6	PROGRAMA DE INTEGRIDADE E BOAS PRÁTICAS (PIBP): INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO (KPIs).....	22



1 APRESENTAÇÃO

O [Programa de Integridade e Boas Práticas \(PIBP\)](#) consiste no conjunto de mecanismos e procedimentos internos destinados a detectar e prevenir fraudes, atos de corrupção, irregularidades e desvios de conduta, bem como a avaliar processos objetivando a melhoria da gestão de recursos, para garantir a transparência, a lisura e a eficiência.

Desde 2017, em conjunto com os órgãos da administração pública direta e, a partir de 2025, juntamente às autarquias e fundações, a **Controladoria Geral do Município (CGM)**, implementa uma política pública de controle interno preventivo, contribuindo de forma objetiva para o incremento da integridade na administração pública municipal.

O programa tem por objetivo a solução preventiva de eventuais irregularidades e visa incentivar o comprometimento da alta administração no combate à corrupção, nos moldes da [Lei nº 12.846/2013](#), conhecida como Lei Anticorrupção, bem como do [Decreto Municipal nº 59.496/2020](#).

Em atendimento à [Portaria nº 117/2020/CGM-G](#), esta Unidade se comprometeu a desenvolver o PIBP por meio da elaboração, implementação, monitoramento e revisão dos Planos de Integridade e Boas Práticas.

Para realização da tarefa, esta Unidade seguiu os seguintes eixos estruturantes, essenciais para desenvolvimento de um Programa de Integridade e Boas Práticas efetivo:

- Comprometimento e apoio da Alta Administração da Unidade;
- Cultura para Integridade;
- Transparência;
- Análise, avaliação e gestão dos riscos associados ao tema da integridade;
- Gestão da Integridade.

Neste ato, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** apresenta o Plano de Integridade e Boas Práticas, desenvolvido por sua Equipe de Gestão de Integridade com apoio da Controladoria Geral do Município (CGM) e aprovação da autoridade máxima da Pasta.

As ações propostas neste documento serão implementadas e monitoradas, devendo este documento ser revisado periodicamente.

Além disso, ressalte-se que compete à Controladoria Geral do Município (CGM) estabelecer os procedimentos necessários à estruturação, à execução e ao monitoramento dos Planos de Integridade e Boas Práticas, bem como fixar prazos e cronograma de apresentação para a efetiva adoção das melhorias cabíveis.



1.1 Compromisso da Alta Administração

Para desenvolvimento do **Programa de Integridade e Boas Práticas (PIBP)** faz-se indispensável o comprometimento dos dirigentes máximos de cada Unidade.

Por essa razão, seguindo orientação da Controladoria Geral do Município (CGM), na data de 14 de maio de 2025, a Superintendente, Dra. Elizabete Michelete, assinou Termo de Compromisso ao Programa de Integridade e Boas Práticas, registrado no Processo SEI nº [6067.2025/0011761-7](#), tendo se comprometido a atingir, no mínimo, os seguintes marcos do **Indicador de Maturidade do Programa de Integridade e Boas Práticas (IM-PIBP)**:

ANO	NÍVEL DE MATURIDADE ESPERADO	NOTA PROJETADA
2025	Padronizado (Total)	4
2026	Padronizado (Total) + Integrado (Parcial)	6
2027	Padronizado (Total) + Integrado (Total) ou Padronizado (Total) + Integrado (Parcial) + Gerenciado (Parcial)	7
2028	Padronizado (Total) + Integrado (Total) + Gerenciado (Parcial)	8



1.2 Identificação dos responsáveis pela implementação do Programa de Integridade e Boas Práticas na unidade

AUTORIDADE MÁXIMA DA UNIDADE

Elizabeth Michelete
Superintendente
RF:5949050

Flávia Ivana Pallinger
Chefe de Gabinete
RF: 6409580

RESPONSÁVEL PELO CONTROLE INTERNO

Maria Simone Celestrino
Assessor III
Superintendência
RF:8528772

DEMAIS INTEGRANTES DA EQUIPE DE GESTÃO DA INTEGRIDADE

Ana Cristina Reis dos Santos
Assistente Administrativo de Gestão
Divisão de Administração de Contratos - DIAC
RF: 8525471

Daniela Avancini Pena Lima
Chefe de Assessoria
Assessoria de Relações Institucionais
RF: 8524521



2 INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE

2.1 Competências e atribuições definidas por Lei

As competências e atribuições do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), foram definidas pela [Lei nº 13.766/2004](#), modificadas pela [Lei nº 17.727/2021](#) e reorganizadas pelo [Decreto nº 63.464/2024](#):

Compete ao Hospital do Servidor Público Municipal - HSPM:

- I – prestar assistência médica, hospitalar, domiciliar, odontológica aos servidores públicos municipais e a seus dependentes, na forma da legislação em vigor, independentemente de contribuição mensal;
- II – propiciar, sempre que possível, meios à pesquisa técnica e científica, desde que não haja prejuízo ao atendimento dos usuários;
- III – servir de campo de aperfeiçoamento para médicos, enfermeiros, dentistas, estudantes de medicina e de enfermagem, bem como para outros profissionais ligados às atividades técnico-administrativas de saúde, em número limitado, desde que não cause prejuízo ao atendimento dos usuários e não acarrete elevado ônus de manutenção e equipamento;
- IV – manter entendimentos com outros órgãos mediante convênios.

De acordo com o Art.2º do mesmo Decreto Municipal são atribuições comuns a todas as Diretorias, Departamentos e Divisões:

- I – zelar pelo cumprimento das normas institucionais e pelo patrimônio público;
- II – formular, implementar e acompanhar, em conjunto com a Superintendência, políticas institucionais, estratégias, diretrizes e metas que contribuam para assegurar a missão, a visão e os valores da instituição;
- III – participar, desenvolver e fazer cumprir as ações definidas no planejamento estratégico;
- IV – supervisionar, acompanhar, controlar e avaliar as ações dos serviços desenvolvidos sob sua responsabilidade;
- V – assegurar o cumprimento de metas das unidades subordinadas, bem como gerenciar e divulgar seus indicadores, considerando as diretrizes e as prioridades das unidades superiores e a promoção da transparência ativa, nos termos da legislação vigente;
- VI – incentivar o trabalho em equipe e contribuir para o desempenho profissional de todos os seus colaboradores;
- VII – acompanhar processos licitatórios, assim como os processos de pagamento, de notificação de multa e publicações na sua área de atuação;
- VIII – acompanhar, desenvolver, coordenar e analisar os serviços contratados na sua área de atuação, visando o aperfeiçoamento e modernização;
- IX – acompanhar a gestão de contratos com terceiros na sua área de atuação, em consonância com a Divisão de Administração de Contratos – DIAC;
- X – avaliar e encaminhar, para deliberação da Superintendência, os procedimentos de sua competência que envolvam custos;
- XI – subsidiar a unidade imediatamente superior a que se encontra vinculada com informações, relatórios e projetos pertinentes à sua área de atuação, de forma articulada com os demais departamentos;
- XII – exercer outras atribuições correlatas e complementares na sua área de atuação.



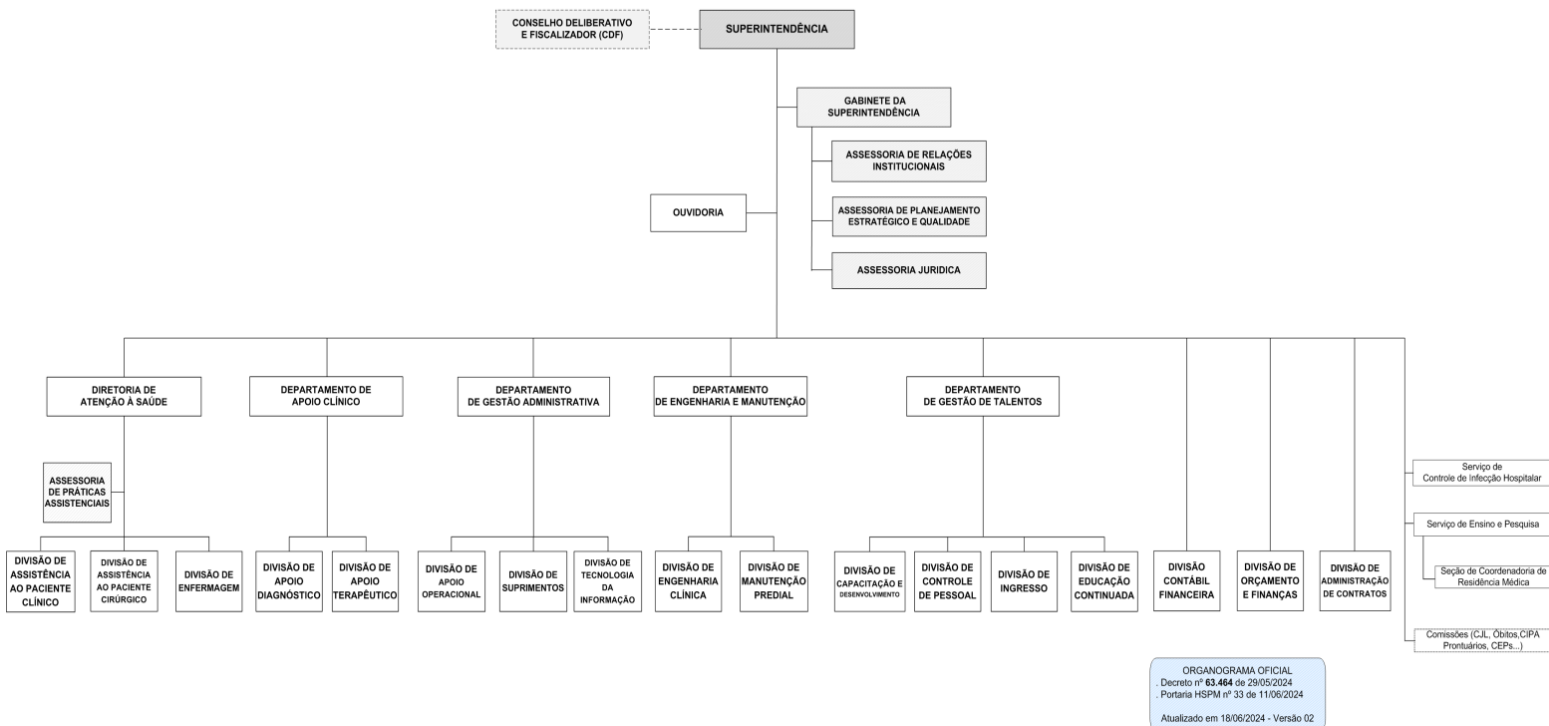
Conforme Art.3º do Decreto Municipal são atribuições do Gabinete da Superintendência:

- I – fixar diretrizes financeiro-orçamentárias;
- II – estabelecer diretrizes e coordenar a elaboração do planejamento estratégico e do sistema de monitoramento e avaliação;
- III – coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas à elaboração de propostas subsidiárias ao projeto da Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- IV – gerir os recursos financeiros e tecnológicos, bem como coordenar a execução do Plano Plurianual e do Programa de Metas;
- V – supervisionar as ações desenvolvidas pelas diretorias, departamentos e divisões relacionadas aos atos administrativos e financeiro orçamentários;
- VI – alinhar a atuação administrativa entre as diretorias, departamentos e divisões;
- VII – cooperar com as instâncias de controle interno e externo a fim de potencializar a atuação do HSPM;
- VIII – atuar em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Superintendente.

2.2 Organograma e estrutura administrativa

O Organograma Oficial do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) e a sua estrutura administrativa estão formalizadas através do [Decreto Municipal nº63.464/2024](#):

ORGANOGRAMA OFICIAL DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL





Estrutura básica do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM):

I – unidade de assistência direta ao Superintendente: Gabinete da Superintendência;

II – unidades específicas:

- a) Diretoria de Atenção à Saúde - DAS;
- b) Departamento de Apoio Clínico – DAC;
- c) Departamento de Gestão Administrativa – DGA;
- d) Departamento de Engenharia e Manutenção – DEM;
- e) Departamento de Gestão de Talentos – DGT;
- f) Divisão Contábil Financeira – DICOFIN;
- g) Divisão de Orçamento e Finanças – DIOF;
- h) Divisão de Administração de Contratos – DIAC;
- i) Ouvidoria;

III – colegiados vinculados:

- a) Conselho Deliberativo e Fiscalizador;
- b) Comissão de Ética em Pesquisa - CEP;
- c) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- d) Comissão de Julgamento de Licitações - CJL;
- e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- f) Comissão de Análise de Óbitos – CAO;
- g) Comissão de Prontuários - CRP;
- h) Comissão de Padronização de Medicamentos - CPM;
- i) Comissão de Gestão de Qualidade – CGQ;
- j) Comissão de Padronização de Material Médico-Hospitalar e Equipamentos- CPME

2.3 Principais atividades executadas pela Unidade

O Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) autarquia, vinculada à Secretaria Municipal da Saúde, instituída pela [Lei Municipal nº 7.736/1972](#), presta assistência médica, hospitalar, domiciliar e odontológica. É um Hospital terciário, com 202 (duzentos e dois) leitos sendo 37 de UTI. Desde 21/12/2021, com a edição da [Lei Municipal nº 17.727](#) presta atendimento exclusivo aos Servidores Públicos Municipais e aos seus dependentes legais. O atendimento é feito por meio de prestação de serviços de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatorial, contando com toda a infraestrutura de exames diagnósticos e de patologia clínica, bem como com uma ampla assistência de profissionais multidisciplinares buscando sempre a prevenção e a promoção da saúde de seus usuários. Possui 43 especialidades médicas e multidisciplinares e 148 subespecialidades. O ensino conforme disposto na [Lei Municipal 13.766/2004 Art.2º,III](#), está inserido na Missão do Hospital qual seja: Atender, Cuidar e Ensinar com Excelência, contando a Instituição com residência médica em várias especialidades e subespecialidades, bem como atenção a internato e estágios obrigatórios. Conta com laboratório de análises clínicas e radiologia inclusive intervencionista no próprio



prédio do hospital e ainda com uma Hospedaria de Cuidados Paliativos e 5 Ambulatórios Descentralizados.

2.4 Diretrizes do planejamento estratégico

As diretrizes elencadas no Planejamento estratégico (2024-2028) são as seguintes:

- 1ª. Diretriz: Gestão da Qualidade, Humanização e Segurança do Paciente
- 2ª. Diretriz: Inovação e Reestruturação na Melhoria da Prestação dos Serviços
- 3ª. Diretriz: Gestão e Inovação da Tecnologia em Saúde e Infraestrutura
- 4ª. Diretriz: Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos
- 5ª. Diretriz: Sustentabilidade Econômico financeira e Responsabilidade Socioambiental

2.5 Principais instrumentos normativos relativos à integridade

- Estatuto do Servidor Municipal ([Lei nº 8989/1979](#));
- Código de Conduta Funcional do Servidor Público Municipal ([Decreto nº 56.130/2015](#));
- Conflito de Interesses ([Portaria CGM nº 120/2016](#));
- Prevenção e o combate ao assédio sexual na Administração Pública Municipal Direta, Autárquica e Fundacional ([Leinº 16.488/2016](#) e [Decreto nº 57.444/2016](#));
- Penalidades à prática de assédio moral nas dependências da Administração Pública Municipal ([Lei nº 13.288/2002](#) e [Decreto nº 43.558/2003](#));
- Combate ao racismo ou qualquer outro tipo de discriminação na Administração Pública Municipal (Art. 100 da [Lei Orgânica do Município de São Paulo](#));
- Procedimentos disciplinares ([Decreto nº 43.233/2003](#));
- Responsabilização de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a Administração Pública ([Decreto nº 55.107/2014](#));
- Procedimentos de apuração de improbidade administrativa ([Decreto nº 52.227/2011](#));
- Normas de licitação e contratos administrativos para o Município de São Paulo ([Decreto nº 62.100/2022](#));
- Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD ([Lei nº 13.709/2018](#));
- Planos Setoriais de Transparência e Dados Abertos ([Decreto nº 63.463/2024](#));
- Obrigatoriedade de apresentação, pelos agentes públicos municipais, de declaração de bens e valores ([Decreto nº 59.432/2020](#));
- Programa de Integridade e Boas Práticas ([Portaria CGM nº 117/2020](#));
- Conselho Deliberativo e Fiscalizador (CDF) – HSPM ([Portaria HSPM nº 47/2024](#));
- Código de Conduta Ética da Organização- HSPM (https://capital.sp.gov.br/web/hospital_do_servidor_publico_municipal/w/aceso_a_informacao/178344);
- Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM([Portaria HSPM nº 55/2024](#));
- Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Do Servidor Público Municipal – HSPM ([Portaria HSPM nº 39/2024](#));
- Comissão Especial de Apuração Preliminar– HSPM ([Portaria HSPM nº 5/2024](#))



- Comissão de Ética Médica - HSPM (Certificado emitido pelo Conselho Federal e Regional de Medicina. Mandato até 18/10/2026, registro n°263)
- Comissão de Ética em Enfermagem – HSPM
- Comissão de Análise de Óbitos - HSPM ([Portaria HSPM nº 44/2024](#))



3 ESTRUTURAS DE GESTÃO DA INTEGRIDADE

3.1 Controles internos

A Administração Pública, seja na prestação de serviços diretamente à população (**atividades-fim**), ou na realização de atividades internas (**atividades-meio**), deve agir de modo a garantir que a utilização dos recursos públicos atinja aos seus objetivos institucionais pautando-se pela lei, moralidade e por boas práticas de gestão que possam gerar eficiência, eficácia, efetividade e economia. Também é dever da Administração Pública realizar o monitoramento de suas atividades, com o objetivo de levar ao conhecimento público os atos praticados, e possibilitar sua avaliação por parte do cidadão e dos órgãos de controle.

O controle interno consiste, portanto, no conjunto de regras, diretrizes, procedimentos, rotinas e métodos destinados a assegurar que, durante a execução de suas atividades, órgãos e entidades atuem de forma organizada, transparente, íntegra e eficiente, para garantir seu monitoramento e avaliação pelas instituições de controle.

As atividades realizadas pelo Poder Público e seu crescente grau de complexidade e extensão exigem que o controle interno seja exercido de forma articulada e coordenada, como um sistema, tal como dispõe a [Constituição Federal](#) e a [Lei Orgânica do Município de São Paulo](#).

De forma a dar concretude ao comando constitucional, a [Lei nº 15.764/2013](#), criou a **Controladoria Geral do Município de São Paulo (CGM)**, órgão da Administração Municipal Direta, com a finalidade de promover o controle interno dos órgãos municipais e das entidades da administração indireta. A Controladoria figura, nos termos da lei, como órgão central do sistema de controle interno.

Para que o sistema de controle interno seja efetivamente implementado, o [Decreto nº 59.496/2020](#), trouxe a necessidade de designação de responsáveis pelo controle interno por parte dos órgãos e entidades da Administração Pública Municipal. **Os responsáveis pelo controle interno de cada órgão e entidade da Administração Pública passam a integrar, portanto, o sistema de controle interno municipal.**

Nessa esteira, conforme estipula o referido ato normativo, os responsáveis pelo controle interno deverão considerar as diretrizes e orientações da Controladoria Geral do Município para desenvolvimento das atividades previstas no Decreto. Para tanto, a Controladoria Geral do Município publicou a [Portaria CGM nº 126/2020](#), que disciplina a interlocução entre a CGM e os respectivos designados como responsáveis, bem como elaborou o [Guia Prático – Responsável pelo Controle Interno](#).

Em linhas gerais, tanto a Portaria como o Guia Prático trazem diretrizes e orientações para que o responsável pelo controle interno desenvolva, ao longo de cada ano, as atividades previstas no decreto municipal a partir de um Plano de Trabalho.



Na presente data o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** dispõe da seguinte estrutura de controle interno estruturadas, comprometendo-se a mantê-las e revisá-las para aprimoramento periódico:

- Servidor e suplente designados pela [Portaria HSPM nº 49 de 08/11/2023](#) responsável pelo Controle Interno – RCI do HSPM.

3.2 Promoção da Transparência

3.2.1 Transparência Ativa

Em observância aos princípios da publicidade e transparência, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** reúne e divulga, de forma espontânea e ativa, dados e informações referentes à Unidade que são de interesse coletivo ou geral, com o objetivo de facilitar o acesso à informação pública, conforme determinam a **Lei de Acesso à Informação - LAI** ([Lei Federal nº 12.527/2011](#)) e o [Decreto nº 53.623/2012](#).

Informações disponibilizadas na forma de transparência ativa podem ser acessadas pelo [Portal da Transparência](#), [Portal de Dados Abertos](#) e [Diário Oficial Cidade](#), bem como pela página institucional desta Unidade:

https://capital.sp.gov.br/web/hospital_do_servidor_publico_municipal

3.2.2 Transparência Passiva

No que tange à transparência passiva, no município de São Paulo os pedidos de acesso à informação são registrados no **Serviço de Informação ao Cidadão (SIC)**, sejam por meio eletrônico, presencial ou por correspondência física.

Independente da forma de entrada desse pedido de informação, todos deverão ser concentrados no [Sistema Eletrônico do Serviço de Informação – Sistema e-SIC](#).

Além de cumprir prazos e diretrizes estabelecidas na LAI, comprometemo-nos a garantir que as informações prestadas aos cidadãos e cidadãs sejam de fácil compreensão, seguindo critérios mínimos de qualidade:

- i. Agilidade no atendimento dos pedidos de informação;
- ii. Aspectos formais básicos que devem estar presentes nas respostas;
- iii. Atendimento do pedido, observando a compreensão (nível de compreensão) da resposta dada e em que medida a resposta dada atende a solicitação em seu todo (nível de atendimento).

O **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a executar ações para assegurar a transparência ativa em sua página institucional, bem como assegurar o correto atendimento às solicitações dos usuários em acordo à legislação e às boas práticas em transparência ativa e passiva.



3.3 Código de Ética e de Conduta

A existência de Códigos de Ética e de Conduta na administração pública municipal contribui para que todos os servidores estejam cientes e compreendam os padrões de conduta ética e comportamental exigidos, de forma a promover uma cultura de integridade, transparência e responsabilidade desde o início do exercício de suas funções na Prefeitura.

O [Decreto nº 56.130/2015](#), instituiu o **Código de Conduta Funcional dos Agentes Públicos e da Alta Administração Municipal (CCF)**, que tem como principal objetivo estipular padrões de conduta destinadas à prevenção da corrupção e à promoção da integridade no âmbito da Administração Pública do Município de São Paulo.

O **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a manter um Código de Ética e de Conduta vigente, disponível em seu site institucional, https://capital.sp.gov.br/web/hospital_do_servidor_publico_municipal/w/aceso_a_informacao/178344, que reflita os padrões de conduta esperados de seus agentes públicos.

3.4 Conflitos de interesse

Nos termos do [Decreto nº 56.130/2015](#) e da [Portaria CGM nº 120/2016](#), a Controladoria Geral do Município (CGM), por meio da **Divisão de Promoção da Ética e Prevenção a Conflito de Interesse (DPE) da Coordenadoria de Promoção de Integridade e Boas Práticas (COPI)**, tem a atribuição de oferecer entendimentos sobre consultas de possíveis conflitos de interesses no exercício da função pública.

Nesse sentido, a Divisão de Promoção da Ética e Prevenção a Conflito de Interesse (DPE) tem como atribuição contribuir para o fortalecimento da integridade e promoção de condutas éticas no âmbito da administração municipal elaborando e propondo processos formativos e orientações aos agentes públicos municipais sobre a aplicação do Código de Conduta Funcional dos Agentes Públicos e da Alta Administração Municipal (CCF) e da legislação relacionada, bem como a prevenção de conflitos de interesse e de situações de assédio moral ou sexual na Administração Pública Municipal.

Deste modo, visando a prevenção de condutas não condizentes com a função pública, em caso de dúvidas acerca das legislações vigentes, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** informa que os servidores municipais podem efetuar consultas sobre conflito de interesses à Divisão de Promoção da Ética e Prevenção a Conflito de Interesse por meio de e-mail (eticacgm@prefeitura.sp.gov.br). Consultas de conflito de interesse também podem ser realizadas diretamente pela Unidade de lotação do servidor via encaminhamento de consulta registrada em processo SEI para o ponto da Divisão (CGM/COPI/DPE).

Destaca-se, ainda, que a Divisão de Promoção da Ética e Prevenção a Conflito de Interesse (DPE) da Controladoria Geral do Município apresenta em sua [página institucional](#) materiais orientativos que visam difundir os princípios éticos e contribuir para o fortalecimento da integridade no âmbito da Administração Pública Municipal.



3.5 Ações de Conscientização contra Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação e Ações de Proteção ao Denunciante

Treinamentos e capacitações destinadas a todos os servidores do órgão - incluindo a alta administração - são essenciais para que todos os agentes públicos estejam engajados na prevenção e no combate ao assédio moral, assédio sexual e discriminação.

Além disso, é fundamental que sejam adotadas e divulgadas ações de proteção ao denunciante, de forma a encorajar que sejam feitas denúncias de assédio e discriminação no ambiente de trabalho.

O **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a realizar, periodicamente, ações de conscientização sobre combate ao assédio moral, assédio sexual e discriminação e proteção ao denunciante.

3.6 Implementação de procedimentos de responsabilização

Conforme dispõe o Art. 201 do **Estatuto da PMSP** ([Lei nº 8.989/1979](#)), a autoridade que tiver ciência de irregularidade no serviço público é obrigada a tomar providências objetivando a apuração dos fatos e responsabilidades.

Todos os procedimentos disciplinares referentes a servidores da Administração Direta, exceto a Apuração Preliminar, a Aplicação Direta de Penalidade e aqueles de competência da Secretaria Municipal de Segurança Urbana, que envolvam servidores do Quadro de Profissionais da Guarda Civil Metropolitana, serão processados pelas Comissões Processantes Permanentes do Departamento de Procedimentos Disciplinares - PROCED, da Procuradoria Geral do Município, salvo os casos de designação de Comissão Especial e competências especiais da Controladoria Geral do Município legalmente determinadas.

Neste ato, em consonância ao normativo municipal, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** se compromete a tomar providências de apuração imediata após conhecimento de fatos irregulares, mantendo o compromisso de não-represália a quem levá-los a conhecimento e cumprindo o dever de encaminhar o feito para instância competente de apuração e realização de procedimento disciplinar adequado, com observância do disposto no [Decreto nº 43.233/2003](#) e legislação correlata.

Cabendo à unidade promover apuração preliminar (procedimento disciplinar de preparação e investigação determinado pela autoridade que tiver ciência de irregularidade no serviço público) e promover aplicação direta de penalidade, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a seguir todos os requisitos previstos nos artigos 96 a 102 e 112 a 113 do [Decreto nº 43.233/2003](#).



No presente momento, a Unidade conta com Comissão Especial de Apuração Preliminar ([Portaria HSPM nº 5/2024](#)), comprometendo-se a sanear os procedimentos em curto prazo.

No mesmo sentido de implementar procedimentos de responsabilização, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a desenvolver rotina de detecção e comunicação à Controladoria Geral do Município (CGM) sobre possíveis práticas de quaisquer ilícitos cometidos por pessoa jurídica, conforme previsto na [Lei Federal 12.846/2013](#).

3.7 Processo de Apuração Preliminar

O Art. 201 do Estatuto da PMSP ([Lei nº 8.989/1979](#)) estabelece que a autoridade que tiver ciência de irregularidade no serviço público é obrigada a tomar providências objetivando a apuração dos fatos e responsabilidades.

Apurações preliminares devem ser realizadas de forma eficiente e célere, para que não permaneçam abertas por mais de trinta dias sem uma justificativa fundamentada. A condução de apurações preliminares com agilidade promove transparência e responsabilidade na gestão de tais processos.

O **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a não manter processos de apuração preliminar ([Decreto 43.233/2003](#), artigo 2º, inciso I, alínea a) abertos por mais de trinta dias sem uma justificativa fundamentada.

3.8 Tratamento de Denúncias

A **Ouvidoria Geral do Município (OGM)**, órgão que integra a Controladoria Geral do Município (CGM), exerce as atividades de órgão central do sistema de ouvidorias da Administração Pública Municipal, orientando a atuação dos órgãos e entidades municipais, cabendo a ela, dentre outras funções: receber e encaminhar manifestações de cidadãos; analisar e encaminhar as denúncias e representações recebidas para a adoção das medidas cabíveis quando presentes os requisitos de admissibilidade; manter canal especializado de atendimento, orientação e recebimento de denúncias de assédio sexual.

A Ouvidoria recebe denúncias, reclamações, sugestões, pedidos de informação da administração pública (e-SIC) e todo tipo de manifestação, conforme elencado na descrição abaixo:

Denúncias

- Assédio moral;
- Assédio sexual;
- Conduta inadequada de funcionário(a) público(a);
- Ilegalidade na gestão pública;
- Irregularidade na contratação e/ou gestão do serviço público;
- Desvio de verbas, materiais e bens públicos;



- Violação da Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD por ação ou omissão da Prefeitura de São Paulo.

Reclamações

- Serviços prestados pela Prefeitura de São Paulo.

Acesso à Informação

- Pedidos de acesso à informação;
- Solicitação de publicização de processo da Ouvidoria Geral do Município.

Manifestações

- Sugestões;
- Elogios;
- Solicitações.

Canais de atendimento da Ouvidoria Geral do Município de São Paulo (OGM-SP):

- Pelo telefone, no número 156 (opção número 5) da Central SP 156;
- Por e-mail: ogm@prefeitura.sp.gov.br, denunciaogm@prefeitura.sp.gov.br, gabinete.ogm@prefeitura.sp.gov.br;
- Por formulário eletrônico –via [Portal 156](#);
- Pessoalmente nas Unidades do [Descomplica-SP](#);
- Pessoalmente, mediante agendamento, no posto da Ouvidoria Geral localizado na Rua Dr. Falcão, nº 69 (ao lado da Estação Anhangabaú do Metrô – Linha Vermelha);
- Por carta, devendo estas serem endereçadas para Rua Líbero Badaró, 293, 19º andar, Centro, São Paulo – SP – CEP: 01009-907;
- Para protocolar documentos endereçados a Ouvidoria Geral, de segunda a sexta-feira, no Viaduto do Chá, nº 15 (saguão do Gabinete do Prefeito);
- Para denúncias de assédio moral e sexual: (11) 3334-7125 – Horário de Atendimento de segunda à sexta das 10h00 às 16h00.

O **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a colaborar com as atividades exercidas pela Ouvidoria Geral do Município, prestar informações à OGM sobre serviços prestados e falhas que eventualmente ocorrerem, se adequar aos padrões de excelência sugeridos pela OGM, além de buscar capacitação de seus servidores para realização de atividades relacionadas a tratamento de denúncias e adoção de medidas cabíveis em razão das denúncias recebidas.

De igual forma, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a participar da ampla divulgação dos canais permanentes para recebimento de denúncias e outras manifestações dos cidadãos.

O **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** possui Serviço de Ouvidoria que faz parte da estrutura básica, como unidade específica da Superintendência (([Decreto](#)



[63.434/2024 – Art. 3º](#)). Ouvidora nomeada conforme Título de Nomeação nº113 de 06 de fevereiro de 2025, Processo SEI [6010.2025/0000155-3](#).

3.9 Recomendações de Auditoria

Assim como todas as Unidades da Administração Direta e Indireta do Município de São Paulo, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** poderá ser auditada pelo sistema de controle interno do Poder Executivo Municipal - **Auditoria Geral do Município (AUDI) da Controladoria Geral do Município (CGM)**, ou pelo Tribunal de Contas do Município de São Paulo (TCM/SP).

A auditoria pública é uma ferramenta de gestão que serve de apoio à gestão das políticas públicas, fornecendo aos gestores importantes informações para o aprimoramento do gasto público, a melhoria de processos e a detecção de falhas/erros de execução.

A AUDI realiza trabalhos de Auditoria Interna Governamental (AIG) nos órgãos e entidades da administração direta e indireta. Para tal, são realizados trabalhos que podem resultar na emissão de recomendações, as quais consistem em propostas de ações voltadas ao aperfeiçoamento da governança, gerenciamento de riscos e/ou controles internos.

O **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a envidar esforços para o cumprimento das recomendações de auditoria e a manter atualizada a disponibilização de informações sobre as auditorias realizadas nesta Unidade no seguinte endereço eletrônico: https://capital.sp.gov.br/web/hospital_do_servidor_publico_municipal/w/aceso_a_informacao/178350

3.10 Declaração Anual de Bens

Anualmente, todos os agentes públicos municipais no exercício de mandatos, cargos, funções ou empregos em órgãos da administração direta e indireta devem efetuar a **Declaração Anual de Bens e Valores**, prevista no [Decreto nº 59.432/2020](#).

Neste ato, em consonância ao normativo municipal, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** se compromete para que 100% dos seus agentes públicos definidos pelo referido Decreto Municipal apresentem, no prazo, a declaração de bens e valores que compõem seu patrimônio, conforme exigido pela legislação vigente.



3.11 Sistema e-Prevenção

Na primeira fase do Programa de Integridade e Boas Práticas (PIBP), a Controladoria Geral do Município, por meio da sua **Divisão do Programa de Integridade e Boas Práticas (CGM/COPI/DPIBP)**, iniciou processo para incorporação do sistema e-prevenção ao PIBP. Trata-se de uma ferramenta estratégica no desenvolvimento das ações do [Programa Nacional de Prevenção à Corrupção \(PNPC\)](#).

A inclusão do sistema e-prevenção contribui para o combate à fraude e à corrupção na administração pública municipal, além de padronizar as medidas de mitigação e gestão de riscos à integridade.

3.12 Diversidade e Inclusão

A [Lei Municipal 15.939/2013](#) trata do estabelecimento de cotas raciais para o ingresso de negros e negras no serviço público municipal em cargos efetivos, comissionados e à contratação de estagiários na administração direta e indireta.

No que tange aos cargos efetivos, esse controle é realizado através da disponibilização de cotas nos concursos públicos realizados pela Administração Municipal. Já, para os cargos comissionados e estagiários, cabe à gestão dos órgãos, autarquias e fundações realizarem contratações de forma a promover um ambiente diverso e inclusivo, conforme legislação.

O **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se para que, em seus quadros de cargos em comissão e estágio profissional, pelo menos 20% das vagas sejam ocupadas por negros, negras ou afrodescendentes, conforme estabelecido na legislação municipal.



4 GESTÃO DE RISCOS PARA A INTEGRIDADE

A **Gestão de Riscos para a Integridade** é um processo de natureza permanente, estabelecido, direcionado e monitorado pela alta administração, que contempla as atividades de identificar, avaliar e gerenciar potenciais eventos que possam afetar a organização, destinado a fornecer segurança razoável quanto à realização de seus objetivos de forma íntegra.

Neste contexto, a Gestão de Riscos para a Integridade constitui como um dos alicerces de um Programa de Integridade, uma vez que almeja a identificação de riscos que possam ter como consequência a ocorrência de fraudes ou atos de corrupção.

Para auxiliar no processo de gestão de riscos, os seguintes documentos podem ser utilizados como norteadores: a Política de Gestão de Riscos da Controladoria Geral do Município de São Paulo ([Portaria CGM nº 49/2023](#)) e o [Manual de Gestão de Riscos](#).

A metodologia desenvolvida tem como objetivo auxiliar o gestor na tomada de decisão com vistas a prover razoável segurança no cumprimento da missão e no alcance dos objetivos institucionais. Além disso, fornece condições para que seja capaz de identificar os principais riscos e as várias possíveis respostas a cada um deles, sendo uma ferramenta importante de apoio na busca por ganhos de eficiência e de eficácia e de melhoria na qualidade dos serviços prestados.

4.1 Gestão de Riscos

O **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a implementar e manter um sistema de Gestão de Riscos para a Integridade, revisando periodicamente seus processos e controles a fim de incorporar mudanças do ambiente interno e externo, de modo a assegurar uma abordagem proativa na identificação e mitigação de riscos, promovendo a eficiência administrativa e a geração de valor público.



5 PLANO DE AÇÃO E MONITORAMENTO

As estratégias de monitoramento contínuo objetivam acompanhar as ações previstas neste Plano de Integridade e Boas Práticas com vistas a avaliar e monitorar os resultados alcançados por esta Unidade.

Neste ato, o **Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM)** compromete-se a encaminhar periodicamente, conforme cronograma estabelecido pela Controladoria Geral do Município, relatório acerca da implantação do Plano à alta gestão da Unidade e à CGM, conforme determinado na [Portaria nº 117/2020/CGM-G](#).



6 PROGRAMA DE INTEGRIDADE E BOAS PRÁTICAS (PIBP): INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO (KPIs)

O Programa de Integridade e Boas Práticas (PIBP) possui 03 (três) níveis de maturidade:

Nível	Descrição	Peso
Padronizado	Padronização de práticas e procedimentos de integridade.	4
Integrado	Internalização da ética e integridade	3
Gerenciado	Atuação estratégica da Alta Administração quanto à temática da integridade.	3

Cada nível indica um alcance de maturidade para os órgãos e entidades da administração pública. Importante ressaltar, que o avanço de maturidade dependerá da realização de diversas ações ao longo do período de execução do [Programa de Metas 2025-2028](#).

As ações são relacionadas aos *Key Performance Indicators* (KPI) – Indicadores-Chave de Desempenho que serão avaliados de forma contínua, sistêmica e progressiva.

O nível de maturidade é alcançado se, e somente se, todos os KPIs do nível almejado forem corretamente evidenciados. As evidências serão analisadas pelo corpo técnico da Coordenadoria de Promoção da Integridade e Boas Práticas (COPI) da Controladoria Geral do Município (CGM) para fins de comprovação da suficiência da documentação quanto à correspondência com o KPI em análise.

Os indicadores-chave de desempenho (KPIs) estão distribuídos em cinco eixos estruturantes:

- i) Comprometimento da Alta Administração (CAA);
- ii) Cultura para Integridade (CIN);
- iii) Gestão da Transparência (GTR);
- iv) Gestão de Riscos para a Integridade (GRI); e
- v) Gestão da Integridade Pública (GIP).

Para leitura dos quadros seguintes observe a seguinte legenda:

KPI: *Key Performance Indicators* (KPI) – Indicadores-Chave de Desempenho;

NP: Nível Padronizado – 12 KPIs;

NI: Nível Integrado – 12 KPIs;

NG: Nível Gerenciado – 15 KPIs.



EIXO: COMPROMETIMENTO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO (CAA)	
<i>Este eixo busca garantir que a alta administração promova valores éticos e participe ativamente da implementação, supervisão, monitoramento e revisão do Programa de Integridade, além de assegurar que a alta administração manifeste apoio contínuo ao Programa, comunique regularmente seu progresso e importância, aloque recursos financeiros e humanos adequados e garanta transparência e responsabilidade em todas as suas ações.</i>	
KPI	OBJETIVO
KPI.1 NP - O Termo de Compromisso e Alcance de Resultados foi assinado e encontra-se atualizado pela Autoridade Máxima do órgão no ciclo de monitoramento?	Demonstrar o compromisso contínuo da Autoridade Máxima do órgão com os princípios e diretrizes do Programa de Integridade e Boas Práticas.
KPI.2 NP - A equipe de Gestão de Integridade foi formalmente designada em processo SEI, incluindo a nomeação do Responsável pelo Controle Interno (RCI) e, pelo menos, um (1) servidor efetivo, conforme estabelecido na Portaria CGM nº117/2020 que define suas competências e responsabilidades?	Assegurar que a equipe de Gestão de Integridade esteja formalmente estabelecida e capacitada para estruturar, implementar, monitorar e revisar os Programas de Integridade de maneira contínua e eficaz, garantindo a conformidade com as diretrizes institucionais.
KPI.3 NP - A alta administração participa, pelo menos uma vez, durante o ciclo de monitoramento, da supervisão das atividades relacionadas ao Programa de Integridade, incluindo sua implementação, monitoramento e revisão, para promover uma cultura de ética e conformidade organizacional?	Garantir que a liderança promova ativamente os valores éticos da organização por meio de seu envolvimento direto e contínuo na implementação, supervisão, monitoramento e revisão do Programa de Integridade, assegurando a eficácia e a conformidade com as diretrizes institucionais.
KPI.1 NI - Os membros da Alta Administração participam de ações relacionadas à Ética, Gestão de Riscos e/ou Programas de Integridade, pelo menos uma vez, durante o exercício?	Demonstrar liderança pelo exemplo, garantindo que a alta administração esteja continuamente comprometida com os valores éticos e a cultura de integridade da organização, por meio de sua participação regular em treinamentos, eventos, congressos ou congêneres.
KPI.1 NG - O órgão possui uma área de controle interno, ou outra área equivalente, que, dentro de suas atribuições, trate das demandas de trabalho relacionadas à Controladoria Geral do Município?	Garantir o pleno desenvolvimento e a implementação eficaz dos Programas e Políticas de Integridade no órgão, por meio de uma área de controle interno ou outra área que contemple essas atribuições dentro de seu escopo de trabalho.
KPI.2 NG - A área de controle interno ou outra área equivalente estruturada pela unidade é composta por, no mínimo, três servidores, nos termos da Portaria CGM nº 117/2020 , Art. 3º, § 4º, dos quais a maioria (dois) deve ser de servidores efetivos?	Assegurar que o órgão tenha uma estrutura mínima de recursos humanos dedicada para a gestão e implementação eficaz das políticas e programas de integridade, em respeito à Portaria CGM nº 117/2020 , garantindo a continuidade e a eficácia das iniciativas de integridade.
KPI.3 NG - O órgão possui recursos financeiros específicos alocados para o Programa de Integridade e Boas Práticas e para as políticas de integridade, garantindo sua implementação e continuidade eficazes?	Assegurar que o órgão tenha comprometimento financeiro adequado para suportar o desenvolvimento, a implementação, a manutenção e a melhoria contínua do Programa de Integridade e Boas Práticas e das políticas de integridade, assegurando sua eficácia e sustentabilidade ao longo do tempo.



EIXO: CULTURA PARA INTEGRIDADE (CIN)	
<i>Este eixo busca promover um ambiente organizacional sustentado por valores e princípios éticos, visando minimizar comportamentos antiéticos dos agentes públicos e proteger a organização contra riscos reputacionais e financeiros.</i>	
KPI	OBJETIVO
KPI.1 NP - O órgão possui um plano de comunicação abrangente e contínuo de disseminação das políticas de integridade?	Assegurar que todos os servidores recebam informações claras e consistentes sobre as políticas de integridade, incluindo ações de combate ao assédio sexual, moral e a discriminação; bem como de proteção ao denunciante, fomentando uma cultura organizacional baseada em ética, honestidade e boa-fé.
KPI.2 NP - Ao menos 10% dos servidores públicos ativos do órgão já realizaram o curso de ética disponibilizado pelo Centro de Formação em Controle Interno (CFCI)?	Assegurar que pelo menos 10% dos agentes públicos ativos possuam um entendimento uniforme sobre as normas éticas e de conduta, promovendo a prevenção de comportamentos antiéticos e a manutenção de uma cultura de integridade no órgão.
KPI.1 NI - Os servidores nomeados manifestam ciência do Código de Conduta, assegurando sua compreensão dos padrões de conduta ética e comportamental exigidos?	Garantir que todos os servidores nomeados estejam cientes e compreendam os padrões de conduta ética e comportamental exigidos, promovendo uma cultura de integridade, transparência e responsabilidade desde o início de suas funções.
KPI.2 NI - Pelo menos 30% dos servidores públicos do órgão realizaram o curso de ética disponibilizado pelo Centro de Formação em Controle Interno (CFCI)?	Assegurar que 30% dos agentes públicos possua um entendimento uniforme sobre as normas éticas e de conduta, promovendo uma cultura de integridade e prevenindo comportamentos antiéticos.
KPI.3 NI - Caso o órgão possua Conselhos sob sua responsabilidade, são promovidas ações relacionadas à Ética e Integridade junto a seus membros, pelo menos uma vez durante o exercício?	Garantir que seus membros sejam informados sobre os princípios éticos e as melhores práticas, promovendo uma participação responsável, transparente e alinhada aos valores do serviço público.
KPI.1 NG - O órgão possui um código de ética e de conduta específico que reflita os padrões de conduta esperados pelos seus agentes públicos?	Estabelecer e comunicar claramente os padrões de comportamento esperados dos agentes públicos, promovendo a integridade, a transparência e a responsabilidade em todas as atividades do órgão.
KPI.2 NG - Pelo menos 50% dos servidores públicos do órgão realizaram o curso de ética disponibilizado pelo Centro de Formação em Controle Interno (CFCI)?	Assegurar que mais de 50% dos agentes públicos possua um entendimento uniforme sobre as normas éticas e de conduta, promovendo uma cultura de integridade e prevenindo comportamentos antiéticos.
KPI.3 NG - O órgão avalia regularmente a eficácia da área/equipe de controle interno em gerenciar as demandas relacionadas à Controladoria Geral do Município, com base em metas de desempenho estabelecidas?	Assegurar que a área/equipe de controle interno não apenas exista formalmente, mas também opere de maneira eficaz e eficiente, promovendo o desenvolvimento contínuo dos Programas e Políticas de integridade e garantindo a perenidade das informações.



EIXO: GESTÃO DA TRANSPARÊNCIA (GTR)	
<i>Este eixo busca fortalecer a confiança dos cidadãos nos Órgãos da Administração Pública Direta e nas entidades da Administração Indireta, permitindo que as partes interessadas acompanhem e avaliem as práticas e resultados da organização.</i>	
KPI	OBJETIVO
KPI.1 NP - O órgão divulga e mantém atualizados, em seu site institucional, o Plano de Integridade e Boas Práticas e suas revisões?	Assegurar que as políticas, normas e diretrizes de integridade do órgão sejam comunicadas de forma clara e acessível, garantindo transparência e prestação de contas contínua aos cidadãos.
KPI.2 NP - O órgão pública e mantém atualizadas, em seu site institucional, as devolutivas dos relatórios de monitoramento encaminhados pela Divisão do Programa de Integridade e Boas Práticas, em cada ciclo de monitoramento?	Assegurar a transparência e a responsabilidade contínua no órgão, compartilhando regularmente os resultados dos ciclos de monitoramento e as devolutivas da Divisão do Programa de Integridade e Boas Práticas, permitindo que todas as partes interessadas acompanhem as ações e os progressos do órgão.
KPI.3 NP - O órgão disponibiliza em seu site institucional, de forma clara e acessível, o Código de Conduta, o canal para consulta prévia sobre conflitos de interesses e os canais de denúncia da Ouvidoria?	Assegurar que todas as partes interessadas, incluindo servidores, parceiros e o público, tenham acesso contínuo e atualizado ao Código de Conduta, aos canais de denúncia da Ouvidoria e ao canal de consulta prévia a conflito de interesses, promovendo transparência e responsabilidade.
KPI.1 NI - O órgão atualiza e disponibiliza em seu site institucional as informações do Catálogo Municipal de Bases de Dados (CMBD), assegurando a conformidade com o Decreto nº 63.463/2024 ?	Garantir a conformidade com o Decreto nº 63.463/2024 e promover a transparência e o acesso público a informações importantes, fortalecendo a cultura de dados abertos e transparência na administração pública.
KPI.2 NI - O órgão obtém e mantém o selo de acessibilidade digital em seu site institucional para assegurar a conformidade contínua com os padrões de acessibilidade?	Garantir que todas as informações e serviços disponibilizados online sejam acessíveis a todos os cidadãos, promovendo a inclusão digital e assegurando que o site institucional do órgão continue a atender aos padrões de acessibilidade digital reconhecidos.
KPI.1 NG - O órgão disponibiliza em seu site institucional um relatório detalhado sobre os gastos públicos incorridos semestralmente, utilizando uma linguagem clara e acessível, incluindo resumos executivos, infográficos e exemplos práticos para facilitar a compreensão da sociedade?	Assegurar a prestação de contas da destinação dos gastos públicos de forma transparente e compreensível para todos os cidadãos, promovendo a acessibilidade da informação e o engajamento da sociedade.
KPI.2 NG - O órgão possui um Plano Setorial de Transparência e Dados Abertos (PSTDA) devidamente elaborado e disponibilizado no Portal de Dados Abertos?	Estar em conformidade com o Decreto nº 63.463/2024 e assegurar que o Plano Setorial de Transparência e Dados Abertos (PSTDA) seja adequadamente implementado.
KPI.3 NG - O órgão divulga, em seu site institucional, na aba acesso à informação um arquivo atualizado semestralmente sobre repasses e transferências, contendo valores recebidos, origem, data do repasse, e uma descrição acessível dos dados apresentados para facilitar a compreensão pública?	Garantir a efetiva prestação de contas da destinação dos gastos públicos para a sociedade, promovendo a transparência e a compreensão sobre a utilização dos recursos recebidos.



EIXO: GESTÃO DE RISCOS PARA A INTEGRIDADE (GRI)	
<i>Este eixo busca identificar, avaliar, mitigar e monitorar riscos que possam comprometer os valores éticos da organização, além de incorporar a gestão de riscos para integridade na cultura organizacional.</i>	
KPI	OBJETIVO
KPI.1 NP - O órgão possui Gestão de Riscos de Integridade contendo: identificação do risco; análise e avaliação de riscos; medidas de tratamento e prazos de implementação?	KPI.1 NP - Objetivo: Fortalecer a capacidade do órgão de identificar, avaliar e mitigar riscos que possam comprometer a integridade, a eficiência e a eficácia de suas atividades, garantindo um ambiente de trabalho ético e transparente e eficiente na gestão dos recursos públicos.
KPI.2 NP - O órgão entrega semestralmente um relatório de monitoramento do Programa de Integridade e Boas Práticas, assinado pela Autoridade Máxima, que inclui uma análise detalhada dos riscos identificados, dos controles implementados e das medidas de tratamento em andamento?	Garantir que a organização pública mantenha uma abordagem sistemática e regular de monitoramento de riscos, proporcionando uma visão clara dos riscos identificados, dos controles implementados e de sua eficácia, facilitando a tomada de decisão informada e o gerenciamento adequado dos riscos.
KPI.1 NI - Os gestores monitoram regularmente os planos de ação delineados na Gestão de Riscos?	Assegurar que os processos de identificação e avaliação de riscos estruturados pelos gestores das áreas e equipe de integridade sejam monitorados regularmente pela Alta Administração, permitindo uma análise crítica sobre a Gestão de Riscos, controle gerencial eficaz dos riscos inerentes ao seu setor e a implementação de medidas de mitigação adequadas.
KPI.2 NI - A alta administração divulga semestralmente o progresso do Plano de Integridade e o <i>status</i> dos planos de ação da gestão de riscos, incentivando a discussão e o <i>feedback</i> ativo?	Promover transparência e engajamento entre todos os níveis do órgão, assegurando que os servidores estejam cientes do progresso do Plano de Integridade e dos planos de ação de gestão de riscos, e incentivando o <i>feedback</i> ativo para melhoria contínua.
KPI.1 NG - A organização integra a gestão de riscos de integridade ao planejamento estratégico?	Apoiar a organização na consecução dos resultados planejados, assegurando que todos os objetivos estratégicos sejam integrados ao processo de gestão de riscos para contribuir positivamente no alcance desses resultados.
KPI.2 NG - A organização utiliza uma abordagem padronizada e consistente para definir e revisar o apetite e a tolerância a riscos, comparando cenários pretéritos e cenários futuros, para explorar e analisar os riscos de forma contínua?	Assegurar que a organização pública tenha uma abordagem estruturada e uniforme para definir, revisar e atualizar o apetite e a tolerância a riscos, utilizando comparações entre cenários futuros e cenários pretéritos para identificar e analisar possíveis riscos com base no histórico da unidade, a fim de mitigar a recorrência de riscos anteriores e antecipar futuros.



EIXO: GESTÃO DA INTEGRIDADE PÚBLICA (GIP)	
<i>Este eixo busca monitorar a implementação do Programa de Integridade e a execução das ações previstas no Plano de Integridade em integração com outras funções de integridade.</i>	
KPI	Objetivo
KPI.1 NP - O órgão atende às recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 25%?	KPI.1 NP - Objetivo - Fortalecer o controle interno e promover a melhoria contínua na gestão dos processos e atividades do órgão, assegurando que as recomendações de auditoria sejam abordadas e implementadas de forma eficaz.
KPI.2 NP - 100% dos agentes públicos lotados nos órgãos competentes, conforme definido pelo Decreto nº 59.432/2020 , ou outro normativo que o substituir, apresentaram, ao tempo da medição, a declaração de bens e valores que compõem seu patrimônio?	Fortalecer as ações de prevenção e combate à corrupção, garantindo a transparência e a conformidade com o Decreto nº 59.432/2020 , ou outro normativo que o substituir, por meio da apresentação oportuna de declarações de bens e valores por todos os agentes públicos obrigados.
KPI.1 NI - O órgão atende às recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 50%?	Fortalecer o controle interno e promover a melhoria contínua na gestão dos processos e atividades do órgão, assegurando que as recomendações de auditoria sejam abordadas e implementadas de forma eficaz.
KPI.2 NI - O órgão responde as reclamações recebidas pela Ouvidoria dentro do prazo legal estabelecido, conforme legislação vigente?	Assegurar uma resposta ágil e eficaz às demandas dos cidadãos, fortalecendo a transparência, a confiança e a integridade do órgão perante a sociedade.
KPI.3 NI - O órgão cumpre as recomendações do Relatório de Monitoramento do Programa de Integridade e Boas Práticas em percentual igual ou superior a 70%?	Monitorar, a cada semestre, o grau de atendimento das recomendações emitidas no Relatório de Devolutiva do Monitoramento do IM-PIBP, assegurando que, no mínimo, 70% delas sejam efetivamente implementadas pelas áreas responsáveis, fortalecendo a integridade e as boas práticas administrativas.
KPI.4 NI - A unidade assegura que as empresas com contratos de serviços ou fornecimento contínuos e/ou contratos emergenciais com o órgão mantenham atualizadas as certidões negativas no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP)?	Garantir que os órgãos da administração pública mantenham relações jurídicas alinhadas com a legislação vigente, respeitando os princípios da administração pública e a lei de licitações.
KPI.1 NG - O órgão atende às recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 75%?	Fortalecer o controle interno e promover a melhoria contínua na gestão dos processos e atividades do órgão, assegurando que as recomendações de auditoria sejam abordadas e implementadas de forma eficaz.
KPI.2 NG - O órgão trata adequadamente processos de apuração preliminar (Decreto 43.233/2003 , artigo 2º, inciso I, alínea a), de forma que não há nenhum processo aberto por mais de 30 dias sem justificativa, conforme legislação vigente?	Garantir a eficiência e a agilidade na condução das averiguações preliminares, assegurando que não permaneçam abertas por mais de 30 dias sem uma justificativa fundamentada, promovendo transparência e responsabilidade na gestão dos processos investigativos.
KPI.3 NG - O órgão assegura que, em seus quadros de cargos em comissão e estágio profissional, pelo menos 20% (vinte por cento) das vagas sejam ocupadas por negros, negras ou afrodescendentes, conforme estabelecido pela Lei nº 15.939/2013 ?	Garantir o cumprimento da Lei nº 15.939/2013 , promovendo a inclusão de negros, negras ou afrodescendentes nos cargos em comissão e estágio profissional, assegurando, inclusive, a equidade de gênero.
KPI.4 NG - Ao tempo da medição, o órgão atingiu o nível aprimorado de aderência às boas práticas nos eixos de prevenção e monitoramento estabelecidos no sistema e-Prevenção do Programa Nacional de Prevenção à Corrupção (PNPC) ?	Proteger e fortalecer a instituição contra atos de corrupção, utilizando o sistema e-Prevenção para implementar práticas eficazes de prevenção e monitoramento que aprimorem a integridade organizacional.



Programa de Integridade e Boas Práticas (PIBP)

Matriz do Indicador de Maturidade do Programa de Integridade e Boas Práticas (IM-PIBP)					
	Compromisso da Alta Administração (CAA)	Cultura para a Integridade (CIN)	Gestão da Transparência (GTR)	Gestão de Riscos para a Integridade (GRI)	Gestão da Integridade Pública (GIP)
Nível – Gerenciado	Unidade possui área de controle interno ou equivalente	Código de Ética específico	Publicação interativa no site institucional de gastos públicos semestrais	Plano de Gestão de Riscos para a Integridade (PGRI) integrado ao Planejamento Estratégico	Atendimento das recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 75%? Processo de Apuração Preliminar concluído em até 30 dias.
	Área de controle interno possui, pelo menos, 3 servidores, sendo 2 efetivos	Pelo menos 50% dos servidores realizaram Curso de Ética no CFCI	Atualização semestral do Portal Dados e Abertos com dados sobre repasses e transferências e publicação interativa no site institucional	Abordagem metodológica de apetite ao risco para o Plano de Gestão de Riscos para a Integridade (PGRI)	20% dos cargos em comissão e de estágio profissional ocupados por negros, negras ou afrodescendentes
	Orçamento destinado à área de controle interno	Gestão da área de controle interno (indicadores de desempenho)	Existência de Plano Setorial de Transparência e Dados Abertos (PSTDA) e abertura dos dados no Portal Dados Abertos		Obtenção do nível aprimorado no sistema e-Prevenção do Programa Nacional de Prevenção à Corrupção (PNPC)
Nível – Integrado	Participação da Alta Administração em ações de Integridade	Os servidores nomeados manifestam ciência ao Código de Conduta Funcional (CCF)	Atualização e disponibilização do CMBD	Monitoramento contínuo do Plano de Gestão de Riscos para a Integridade (PGRI)	Atendimento das recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 50%? Resposta às reclamações recebidas pela Ouvidoria dentro do prazo.
		30% dos servidores realizaram Curso de Ética no CFCI			Manutenção do Selo de Acessibilidade Digital
		São promovidas ações junto aos Conselhos sob questões de Integridade e Ética			
Nível – Padronizado	Termo de Compromisso e Alcance de Resultados Assinado	Unidade possui plano de comunicação para a Integridade	Publicação do PIBP no site institucional	Existência de Plano de Gestão de Riscos para a Integridade (PGRI)	Atendimento das recomendações emitidas pela CGM/AUDI em proporção igual ou maior que 25%?
	Equipe de Gestão de Integridade formalmente designada com, pelo menos, 01 servidor efetivo	10% dos servidores realizaram Curso de Ética no CFCI	Publicação das devolutivas do PIBP no site institucional	Entrega semestral de relatório de monitoramento do PIBP	Declaração de Bens e Valores por 100% dos servidores da Unidade
	Participação da Alta Administração na supervisão do PIBP		Disponibilização de informações no site institucional: CCF, Conflitos de Interesses e Denúncias		
Nível 1 – Inicial	Não estruturada, práticas de integridade realizadas de forma isolada ou pontuais; ausência de ações e monitoramentos contínuos.				