



POLÍTICA DE CONFORMIDADE

ADMINISTRADORA DE
CONSÓRCIOS BECKER LTDA



Sumário

1.FINALIDADE	4
2.DEFINIÇÕES	4
2.1.Compliance.....	4
2.2.Estrutura normativa interna.....	4
2.3.Conformidade regulatória.....	4
2.4.Conformidade operacional.....	4
2.5.Não-conformidade.....	4
2.6.Risco.....	4
2.7.Risco de conformidade.....	4
3.OBJETIVO	4
4.DIRETRIZES	5
5.CONFORMIDADE	5
6.METODOLOGIA	6
6.1.Fluxo do processo de avaliação de conformidade.....	6
6.2.Metodologia de apuração.....	7
6.3.Testes de Conformidade.....	7
6.3.1. Conformidade – Legal.....	7
6.3.1.1. Realização de operações de crédito com impedidos de operar.....	7
6.3.1.2. Prevenção à lavagem de dinheiro e Pessoas politicamente expostas.....	7
6.3.1.3. Ouvidoria.....	9
6.3.1.3.4. Segurança Cibernética.....	9
6.3.2. Conformidade – Operacional.....	9
6.3.2.1. Limite de Alavancagem e de Imobilização.....	9
6.3.2.2. Cadastro UNICAD.....	10
6.3.2.3. Controle de certidões negativas.....	9
6.3.2.4. Tecnologia da informação.....	10
6.3.4. Acompanhamento das recomendações de Auditorias.....	11
7.RESPONSABILIDADES	10
7.1.Diretoria	10
7.2.Gerência e Supervisão administrativa.....	10
7.3.Coordenadoria de conformidade.....	11
8.GESTÃO DA POLÍTICA	12
9.DISPOSIÇÕES FINAIS	12
10.VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO	12
11.ELABORAÇÃO E REVISÃO DO DOCUMENTO	12

12.DATA DO DOCUMENTO.....12

1. FINALIDADE

A Política de Conformidade da ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS BECKER LTDA. estabelece um conjunto de diretrizes que tem como finalidade o funcionamento da Área de Conformidade da Instituição em atendimento a Resolução nº 65 de 2021, emitida pelo Banco Central do Brasil.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Compliance

Deriva do verbo inglês “to comply”, que significa dever de cumprir, isto é, estar em conformidade e fazer cumprir leis, decretos, regulamentos e instruções aplicáveis à atividade da Instituição, que, na hipótese de não cumprimento, podem gerar sanções, perda financeira e danos à reputação/imagem da instituição.

2.2. Estrutura normativa interna

Normativos emitidos pela Instituição, que direcionam a interação dos administradores, colaboradores, estagiários, consultores internos e prestadores de serviços alocados fisicamente na Instituição com os valores, as estratégias, as diretrizes e os procedimentos definidos pela Instituição para o desenvolvimento das atividades e para a realização dos negócios.

2.3. Conformidade regulatória

Aderência dos regulamentos internos em relação aos regulamentos externos.

2.4. Conformidade operacional

Aderência dos procedimentos e rotinas das dependências em relação aos regulamentos internos.

2.5. Não-conformidade

É o não atendimento ou falta de cumprimento tempestivo das disposições legais e regulamentares nos processos operacionais da Instituição.

2.6. Risco

Possibilidade de ocorrência de um evento adverso para uma determinada situação esperada.

2.7. Risco de conformidade

Risco de sanções legais ou regulamentares, perdas financeiras ou mesmo perdas de reputação decorrentes da falta de cumprimento de disposições legais, regulamentares, códigos de conduta etc.

3. OBJETIVO

A presente Política visa orientar a função de Conformidade da Instituição, por meio de diretrizes, princípios e responsabilidades observados no desempenho das suas atividades. Também objetiva disseminar a prática de Conformidade por todos os níveis da Instituição, demonstrando a importância de conhecer e executar as determinações legais e regulamentares, a fim de mitigar riscos.

4. DIRETRIZES

Constituem diretrizes e princípios norteadores das atividades de conformidade:

- a) acompanhar as alterações ocorridas no ambiente regulatório, proporcionando condições de verificar o cumprimento das normas emitidas pelos órgãos reguladores e da estrutura normativa interna pela Instituição, disseminando a importância do conhecimento das obrigações, bem como a de cada colaborador em cumpri-las;
- b) atuar de forma independente e autônoma, de modo a garantir a imparcialidade em todas as suas operações;
- c) acompanhar as demandas com os órgãos reguladores, facilitando o compartilhamento das informações e garantindo a devida execução e o cumprimento tempestivo do posicionamento institucional;
- d) reportar as informações relacionadas às atividades de conformidade, promovendo transparência à Alta Administração (Conselho de Administração);
- e) identificar e avaliar os normativos aos quais se sujeita a INSTITUIÇÃO, sob o ponto de vista do sistema de controles internos;
- f) monitorar existência de procedimentos e controles que garantam a conformidade da INSTITUIÇÃO, propondo mecanismos de adequação quando da identificação de não conformidade;
- g) informar sobre as fragilidades detectadas e eventuais deficiências, com o estabelecimento de cronograma de saneamento para os casos pertinentes;
- h) coordenar o atendimento às auditorias internas e externas, acompanhando a implementação das recomendações efetuadas; e
- l) disseminar a cultura de controles internos.

5. CONFORMIDADE

Em sintonia com a evolução regulamentar do mercado financeiro nacional e, ainda, com as inovações financeiras das operações e produtos, a administração da ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS BECKER LTDA tem orientado as atividades da Instituição dentro das melhores práticas de controles internos e conformidade, adequando seu sistema de controles internos para o gerenciamento dos riscos de seus negócios.

A “função de conformidade” é exercida pela Área de *Compliance*, ligada diretamente ao DIRETOR PRESIDENTE e segregada das demais atividades da ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS BECKER LTDA, a fim de conferir maior transparência aos processos de avaliação, recomendação, monitoramento e reporte do risco de conformidade.

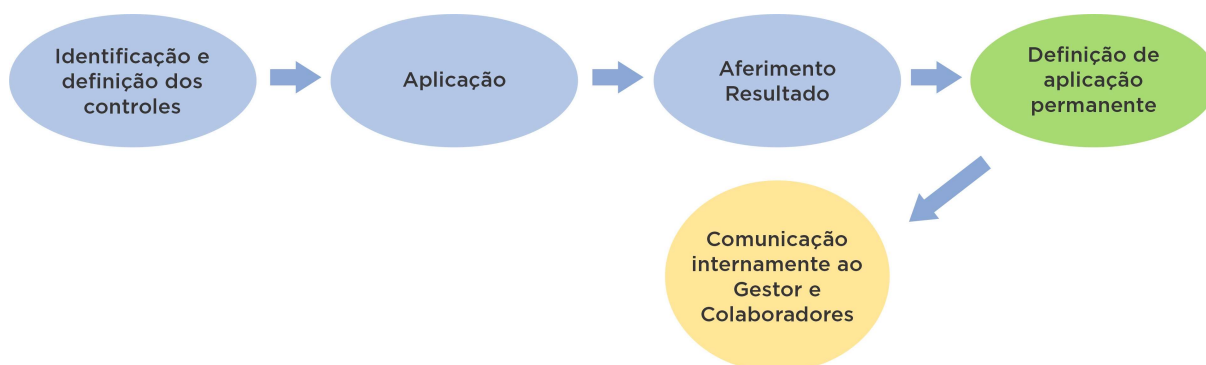
A conformidade deve ser exercida de forma integrada aos demais pilares da governança corporativa, e tem importância e missão que vão além das implícitas na Resolução 2.554/98, emitida pelo Conselho Monetário Nacional, e está inserida em mudanças que visam alinhar os processos da Instituição, assegurar o cumprimento de normas e procedimentos e, principalmente, preservar sua imagem perante o mercado.

6. METODOLOGIA

6.1. Fluxo do processo de avaliação de conformidade

O processo de avaliação da conformidade é realizado em duas etapas:

a) Criação e homologação



b) Implantação



NOTA: Todos os testes de conformidade implantados são registrados neste manual.

6.2. Metodologia de apuração

- a) identificação das obrigações legais com investidores e órgãos reguladores;
- b) identificação de políticas e normas internas;
- c) identificação e mensuração de risco de conformidade em processos operacionais predefinidos;
- d) definição de testes periódicos para apuração da conformidade;
- e) aplicação de testes de conformidade;
- f) emissão de comunicados para as áreas responsáveis nos casos de não conformidade;
- g) acompanhamento das ações relativas às recomendações das auditorias internas, externas e de órgãos fiscalizadores;
- h) registro em Relatório Anual das conformidades e não conformidades com detalhamento das ações tomadas para a mitigação de eventuais falhas; e
- i) avaliação do grau de conformidade (GC) da Instituição.

6.3. Testes de Conformidade

A área de Conformidade identifica e avalia fragilidades relevantes nos processos da Instituição que podem causar risco de não conformidade, por meio de testes e monitoramentos, avaliações de Controle Interno e Segurança Institucional, revisão dos relatórios das Auditorias, e de reportes das fiscalizações dos Órgãos Reguladores e Autorreguladores. Quando da identificação de quaisquer desvios ou desenquadramentos às normas, regras, procedimentos e melhores práticas, a área envia ao gestor/gerente responsável mensagem eletrônica para adoção de ação corretiva.

Esses desvios ou desenquadramentos são consolidados no Relatório Anual de Conformidade que é enviado ao Diretor da INSTITUIÇÃO.

Os testes são utilizados para avaliar a adequação dos processos da Instituição, predefinidos, às respectivas normas, sejam elas externas ou internas, bem como o cumprimento das recomendações emitidas pelas Auditorias. Os testes são divididos e elencados conforme a seguir:

6.3.1. Conformidade – Legal

6.3.1.1. Realização de operações de crédito com impedidos de operar

Analisar a existência de operações de créditos vigentes com pessoas impedidas de operar, conforme estabelecido pela Resolução 4.596/2017 - Concessão de Empréstimos ou adiantamentos e o bloqueio do CPF/CNPJ junto ao sistema operacional.

6.3.1.2. Prevenção à Lavagem de Dinheiro / Pessoas Expostas Politicamente

Conforme estabelecido na Lei 9.613/1998 Prevenção a Lavagem de Dinheiro, e Circular Bacen nº 3978/2020 Prevenção a Lavagem de Dinheiro, a área de conformidade analisará mensalmente o atendimento a política de prevenção a lavagem de dinheiro, bem como as avaliará e enviará as comunicações realizadas ao COAF.

Realizará mensalmente acompanhamento quanto a certificação e atualização dos colaboradores ao curso de prevenção a lavagem de dinheiro, assim como se novos colaboradores estão sendo treinados em até 180 dias após entrada. Devendo o mesmo ter acesso/receber a Política de Prevenção a Lavagem de Dinheiro e Combate ao Financiamento do Terrorismo atualizada da instituição no momento de sua admissão.

Cruzará as informações que estão cadastradas no COAF com o sistema de cadastros para verificar se todos os contratos com clientes considerados Pessoas Politicamente Expostas estão sendo devidamente monitorados.

Através do sistema Newcon, no módulo COAF, será analisado diariamente pelo setor de gestão de PLD/FT e Controle interno:

- a) A existência de consorciado detentor de elevado número de cotas ou incompatível com a sua capacidade financeira;
- b) Aumento expressivo do número de cotas, tendo como parâmetro o número de 5 cotas por CPF ou CNPJ;
- c) Credenciamento de lances incompatíveis com a capacidade econômico-financeira do consorciado; credenciamento de lances muito próximos ao valor do percentual sobre o valor do bem para avaliação;
- d) Pagamento antecipado de quantidade expressiva de prestações vincendas, não condizente com a capacidade econômico-financeira do consorciado; aquisição de cotas previamente contempladas, seguida de quitação das prestações vincendas;
- e) Pessoas politicamente expostas com movimentação superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais); Suspeitos de terroristas com movimentação superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Das verificações realizadas diariamente será emitido parecer, com acompanhamento de evidências, em caso de ocorrência ou não ocorrência de inconsistências. Sendo ambas documentadas, bem como emitido parecer no caso de dispensa ou não de comunicação ao COAF, apontando os motivos que levaram a conclusão da realização ou não da comunicação. Em caso de comunicação a área responsável pela comunicação é a Gestão Controle Interno e PLD/FT.

Será atualizada a lista de Pessoas Expostas Politicamente através do endereço eletrônico: <https://siscoaf.fazenda.gov.br/siscoaf-internet/pages/private/consultas/listaPEP.jsf>, sempre que a lista for atualizada no Siscoaf, sendo a verificação da atualização feita mensalmente, bem como atualizada a lista restritiva de pessoas suspeitas de terrorismo através do endereço eletrônico: <https://www.un.org/securitycouncil/content/un-sc-consolidated-list>.

Além das verificações acima mencionadas, verificar se o setor de Controle Interno e Gestão de PLD/FT está realizando a comparação da lista restritiva e a lista de Pessoas Expostas Politicamente, diariamente, com a base de dados de clientes.

Quando o cliente estiver presente na lista de pessoas suspeitas de terrorismo e essa identificação for realizada no momento da proposta de operação ser-lhe-á negado o cadastro e imediatamente comunicado ao COAF. A comunicação será feita ao COAF tanto de proposta de operação, quanto de cliente que já tenha relacionamento e posteriormente entre na lista.

6.3.1.3. Ouvidoria

Verificar o atendimento a Resolução Bacen nº 28 de 23/10/2020 que dispõe sobre a constituição e o funcionamento de componente organizacional de ouvidoria pelas instituições de pagamento e pelas administradoras de consórcio.

- Se o relatório quantitativo e qualitativo está sendo elaborado semestralmente pelo Ouvidor e Diretor, nas datas-base de 30 de junho e 31 de dezembro;
- Se o prazo de 10 dias úteis para retorno das ocorrências está sendo devidamente cumprido;
- Se reclamações recebidas através de RDR estão sendo respondidas no prazo definido pelo Banco Central do Brasil e se estão sendo inclusas no relatório semestral do Ouvidor;
- Se as respostas emitidas pela área de ouvidoria são esclarecedoras, avaliando a recorrência de reclamações vindas de um mesmo cliente;
- Se o Ouvidor possui certificação, bem como se está sendo atualizado a cada 5 anos;
- Se o Ouvidor substituto nas férias e ausências do Ouvidor titular possui certificação.

O setor de *compliance* verificará mensalmente a materialização das ocorrências, da quantidade de protocolos gerados e da satisfação na finalização do atendimento.

6.3.1.4. Segurança Cibernética

Verificar, com periodicidade mínima de um ano, se a política de segurança cibernética e os requisitos para a contratação de serviços de processamento e armazenamento de dados e de computação em nuvem estão sendo observados pela Administradora de Consórcios Becker. Conforme dispõe a Resolução 4658/2018.

6.3.2. Conformidade – Operacional

6.3.2.1. Limite de Alavancagem e de Imobilização

Verificar se o saldo somatório do saldo das operações passivas da Administradora de Consórcios com o saldo dos recursos dos grupos de consórcio não ultrapassa seis vezes o valor do respectivo Patrimônio Líquido Ajustado (PLA).

O PLA é obtido pela soma algébrica dos seguintes grupos integrantes do Plano Contábil das Instituições do Sistema Financeiro Nacional (Cosif): (+) 6.0.0.00.00-2 Patrimônio Líquido; (+) 7.0.0.00.00-9 Contas de Resultado Credoras; (-) 8.0.0.00.00-6 Contas de Resultado Devedoras.

Para fins do cálculo do limite de alavancagem considera-se saldo das operações passivas o valor correspondente ao grupo 4.0.0.00.00-8 - Circulante e Exigível a Longo Prazo, do documento 4010 - Balancete Patrimonial, subtraído o valor registrado no título contábil 4.9.8.93.20-9 - Recursos Pendentes de Recebimento - Cobrança Judicial; II - considera-se saldo dos recursos dos grupos de consórcio o somatório dos valores registrados nos títulos contábeis 1.1.0.00.00-6 - Disponibilidades, 1.2.0.00.00-5 - Aplicações Interfinanceiras de Liquidez e 1.8.7.98.00-5 - Cheques e Outros Valores a Receber, subtraído o somatório dos valores registrados nos títulos contábeis 1.2.9.90.25-6 - Vinculadas a Contemplações - Selic e 1.2.9.90.35-9 - Vinculadas a Contemplações - Demais Aplicações, do documento 4110 - Demonstração dos Recursos de Consórcio; e

6.3.2.2. Cadastro UNICAD

Verificar com periodicidade semestral, a atualização do cadastro da Instituição perante ao UNICAD, avaliando dados cadastrais, composição de diretoria e auditoria responsável.

6.3.2.3. Controle de certidões negativas

Emitir semestralmente as certidões negativas vinculadas aos órgãos abaixo, buscando verificar se estão válidas e com status negativo:

SRFB (Secretaria da Receita Federal do Brasil) + verificar se capital social está declarado de forma adequada

PGFN (Procuradoria geral da fazenda nacional)

INSS (Previdência Social)

FGTS (Caixa Econômica Federal)

Prefeitura Municipal

Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas

6.3.2.4. Tecnologia da informação

Verificar semestralmente a relação de usuários e permissões de acesso ao sistema operacional da Instituição, buscando identificar a existência de usuários não autorizados bem como validando se os usuários se encontram com as permissões adequadas.

Analisar o bloqueio/inativação dos acessos de colaboradores desligados da Instituição. Verificar os acessos remotos, validando os usuários e verificando a respectiva autorização do mesmo.

6.3.3. Acompanhamento das recomendações de Auditorias

Analisar os riscos apontados nos relatórios de auditoria interna e externa, acompanhando os planos de ação implantados para mitigação de riscos e deficiências de processos.

7. RESPONSABILIDADES

7.1. Presidência e Diretoria

- a) avaliar e aprovar a política de conformidade da Instituição;
- b) assegurar a adequada gestão da política de conformidade na instituição;
- c) garantir a efetividade e a continuidade da aplicação da política de conformidade;
- d) certificar-se da comunicação da política de conformidade a todos os colaboradores e prestadores de serviços terceirizados relevantes;
- e) promover a disseminação de padrões de integridade e conduta ética como parte da cultura da instituição;

- f) assegurar que medidas corretivas sejam tomadas quando falhas de conformidade forem identificadas; e
- g) prover os meios necessários para que as atividades relacionadas à função de conformidade sejam exercidas adequadamente, nos termos da Resolução nº 65 de 2021.
- h) acompanhar o gerenciamento do risco de Compliance;
- i) gerenciamento efetivo da Política de Conformidade;
- j) estabelecer e divulgar a Política de Compliance; e
- l) estabelecer as funções de Compliance garantindo que não haja conflitos e que a mesma tenha suficiente independência.

7.2. Gerência e Supervisão administrativa

- a) certificar-se da comunicação da política de conformidade a todos os colaboradores e prestadores de serviços terceirizados relevantes;
- b) promover a disseminação de padrões de integridade e conduta ética como parte da cultura da instituição;
- c) assegurar que medidas corretivas sejam tomadas quando falhas de conformidade forem identificadas; e
- d) disseminar a cultura de controles internos e conformidade.

7.3. Compliance

- a) auxiliar as áreas de negócio na análise de suas estruturas, produtos e serviços, a fim de alinhá-los às normas emitidas pelos órgãos reguladores e à estrutura normativa interna;
- b) acompanhar a execução dos planos de ação, quando verificar conduta ou ato em desacordo com as normas emitidas pelos órgãos reguladores, aplicáveis à Instituição;
- c) relatar a ocorrência de ato que constitua ilícito administrativo, civil ou penal a Diretoria;
- d) produzir relatórios anuais que contenham os resultados dos trabalhos referentes ao acompanhamento e análise das estruturas, produtos e serviços da Instituição;
- e) participar de discussões a respeito de projetos ou alterações normativas;
- f) orientar a Instituição em relação às normas emitidas pelos órgãos reguladores e às alterações legislativas, tanto federais, estaduais, como municipais;
- g) coordenar o atendimento as Auditorias Internas e Externas, acompanhando a implementação das recomendações efetuadas; e
- h) coordenar o atendimento aos Órgãos Reguladores ao que diz respeito as ações de fiscalização, acompanhando a implementação das recomendações efetuadas.

No desempenho de sua função, a área de conformidade pode ter acesso a documentos, sistemas de informação e pessoas, podendo solicitar o compartilhamento de relatórios, correspondências e demais informações necessárias ao exercício de sua atividade.

8. GESTÃO DA POLÍTICA

A gestão desta Política ficará a cargo do Diretor Presidente.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

Compete aos Conselheiros Administrativos, a responsabilidade pela revisão ou alteração do texto desta Política, com periodicidade anual, e tem o propósito de garantir sua atualidade e efetividade, podendo ser revisado em período inferior caso seja julgado pertinente.

10. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A Diretoria da ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS BECKER LTDA., validou e aprovou a referida política, em sua totalidade, o que faz surtir efeitos desde sua emissão.

Diretor Presidente

11. ELABORAÇÃO E REVISÃO DO DOCUMENTO

Documento elaborado pela Área:

Compliance Josiéli Denise Brum dos Santos e Michele Taís Kuschel Lazzeri.

12. DATA DO DOCUMENTO

Essa política tem como data de vigência a partir de: 08 de maio de 2021.