

# Planejamento Estratégico Institucional 2022 - 2026

Conselho Regional de Medicina do Estado do Sergipe - CREMESE

RS2 CONSULTORIA LTDA

[www.rs2.com.br](http://www.rs2.com.br)

Consultores Responsáveis

Romeu Alencar

[romeu@rs2.com.br](mailto:romeu@rs2.com.br)

Romeu Coutinho

[romeucoutinho@rs2.com.br](mailto:romeucoutinho@rs2.com.br)

*Revisão 04*

*Atualização 25/06/2026*

*Aprovado em 25/06/2026*

**Diretoria CREMESE****Jilvan Pinto Monteiro**

Presidente

**Ana Jovina Barreto Bispo**

Vice-Presidente

**Andréia Diniz Franco Maciel Silva**

Primeira Secretária

**José Hamilton Maciel Silva Filho**

Segundo Secretário

**José Eduardo de Assis Silva**

Primeiro Tesoureiro

**Oswaldo Alves de Menezes Neto**

Segundo Tesoureiro

**SUMÁRIO**

|  |           |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO   | 4         |
| <b>1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL</b>  | <b>5</b>  |
| 1.1. Negócio   | 5         |
| 1.2. Princípios e Valores (DI.QUALI.005 - Versão 01)                         | 5         |
| 1.3. Missão (DI.QUALI.003 - Versão 01)                                       | 5         |
| 1.4. Visão - 2026 (DI.QUALI.004 - Versão 01)                                 | 5         |
| 1.5. Política da Qualidade (DI.QUALI.002 - Versão 01)                        | 5         |
| <b>2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL</b>  | <b>6</b>  |
| 2.1. Mapa de Partes Interessadas   | 6         |
| 2.2. Fatores Críticos de Sucesso – FCS                                       | 9         |
| 2.3. Análise do Ambiente Interno   | 10        |
| 2.3.1. Pontos Fortes   | 10        |
| 2.3.2. Pontos Fracos   | 11        |
| 2.4. Análise do Ambiente Externo   | 13        |
| 2.4.1. Fatores Políticos   | 13        |
| 2.4.2. Fatores Econômicos  | 13        |
| 2.4.3. Fatores Sociais   | 13        |
| 2.4.4. Fatores Tecnológicos  | 14        |
| 2.4.5. Fatores Ambientais  | 14        |
| 2.4.6. Fatores Legais  | 14        |
| <b>3. GESTÃO DE RISCO</b>  | <b>15</b> |
| 3.1. Matriz de Probabilidade e Consequência                                  | 15        |
| 3.2. Riscos do Negócio   | 15        |
| <b>4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>   | <b>22</b> |
| 4.1. Mapa Estratégico  | 22        |
| 4.2. Objetivos Estratégicos  | 23        |
| 4.3. Resultados e Metas  | 26        |
| 4.3.1. (OB1) Manter Sustentabilidade Financeira                              | 26        |
| 4.3.2. (OB2) Maximizar a Satisfação dos Clientes                             | 26        |
| 4.3.3. (OB3) Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias              | 26        |
| 4.3.4. (OB4) Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização                 | 27        |
| 4.3.5. (OB5) Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial                       | 27        |
| 4.3.6. (OB6) Promover o Desenvolvimento Profissional                         | 27        |
| <b>4.3.7. (OB7) Fortalecer a Interação com os Médicos</b>                    | <b>27</b> |
| <b>4.3.8. (OB8) Fortalecer o Engajamento e Participação dos Conselheiros</b> | <b>28</b> |
| <b>4.3.9. (OB9) Fortalecer o Engajamento e Participação dos Conselheiros</b> | <b>28</b> |
| <b>5. PLANOS DE AÇÃO</b>   | <b>29</b> |
| Plano 1 - Manter Sustentabilidade Financeira                                 | 29        |
| Plano 2 - Maximizar a Satisfação dos Clientes                                | 29        |
| Plano 3 - Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias                 | 31        |
| Plano 4 - Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização                    | 32        |
| Plano 5 - Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial                          | 32        |
| Plano 6 - Promover o Desenvolvimento Profissional                            | 33        |
| Plano 7 - Fortalecer a Interação com os Médicos                              | 34        |
| Plano 8 - Fortalecer o Engajamento e Participação dos Conselheiros           | 34        |
| Plano 9 - Melhorar a Maturidade em Governança de TI                          | 35        |
| Plano 10 - Jurídico  | 36        |
| Plano 11 - Execução do Plano de Contratação                                  | 36        |

## INTRODUÇÃO

Este documento apresenta o Plano Estratégico do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe (CREMESE), desenvolvido de maneira participativa através de workshops com a Diretoria e os Servidores. Este processo colaborativo visou pensar a organização estrategicamente para um horizonte de cinco anos.

A metodologia Balanced Scorecard (BSC) foi adotada como base para a estruturação deste Planejamento Estratégico Institucional, englobando quatro perspectivas fundamentais: clientes, processos internos, financeira e aprendizado e crescimento.

Acompanhando sistematicamente a execução das ações definidas, o planejamento estratégico se transforma em uma ferramenta valiosa, que não apenas auxilia a direção da organização, mas também orienta as ações gerenciais de acordo com um plano pré-estabelecido, impactando diretamente nos resultados esperados e no alcance da visão de futuro do CREMESE.



## 1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

### 1.1. Negócio

O exercício ético da medicina.

### 1.2. Princípios e Valores (DI.QUALI.005 - Versão 01)

- Atuar com elevado padrão ético
- Dar fiel cumprimento aos objetivos institucionais
- Atuar de acordo com as normas jurídicas
- Defender a boa prática médica
- Atuar com responsabilidade socioambiental
- Agir com transparência
- Prestar um serviço de excelência

### 1.3. Missão (DI.QUALI.003 - Versão 01)

Atuar com excelência na supervisão da ética médica no estado de Sergipe.

### 1.4. Visão - 2026 (DI.QUALI.004 - Versão 01)

Ser referência na promoção do exercício ético da medicina e na qualidade dos serviços prestados aos médicos e à sociedade.

### 1.5. Política da Qualidade (DI.QUALI.002 - Versão 01)

Promover a boa prática médica e o exercício ético da medicina, tendo como foco: a excelência da prestação de serviços; a melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade, por meio da valorização, desenvolvimento e capacitação de conselheiros e colaboradores; a observância das normas regulamentadoras e a transparência administrativa, otimizada pela integração dos sistemas internos.

## 2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL

### 2.1. Mapa de Partes Interessadas

| Médico  |  |
|---|--|
| <b>Principais Requisitos da Parte Interessada</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celeridade;</li> <li>- Cordialidade;</li> <li>- Presteza;</li> <li>- Orientação e clareza das informações;</li> <li>- Resolutividade;</li> <li>- Salvar o ato médico;</li> <li>- Representatividade;</li> <li>- Desburocratização;</li> <li>- Transparência;</li> <li>- Fiscalização das condições de trabalho médico.</li> </ul>   |
| <b>Método de Monitoramento dos Requisitos</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo de resposta às demandas;</li> <li>- Pesquisa de satisfação de atendimento;</li> <li>- Registro de reclamações na Ouvidoria;</li> <li>- Indicadores das atividades de fiscalização.</li> </ul>   |
| <b>Benefício Gerado pelo CREMESE</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecimento da classe;</li> <li>- Regulamentação e normatização dos atos médicos;</li> <li>- Valorização profissional;</li> <li>- Melhoria das condições de trabalho;</li> <li>- Segurança e proteção na prática do ato médico;</li> <li>- Fortalecimento do bom conceito da profissão;</li> <li>- Representatividade;</li> <li>- Satisfação;</li> <li>- Redução da burocracia.</li> </ul> |
| <b>Benefício Retornado ao CREMESE</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Missão institucional cumprida;</li> <li>- Fortalecimento da instituição;</li> <li>- Aumento da credibilidade da instituição;</li> <li>- Arrecadação.</li> </ul>   |

| Estabelecimentos de Saúde                         |  |
|---|--|
| <b>Principais Requisitos da Parte Interessada</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regularização perante órgãos de controle e fiscalização;</li> <li>- Orientação normativa;</li> <li>- Salvar o ato médico;</li> <li>- Fiscalização das condições estruturais e do trabalho médico;</li> <li>- Celeridade de tramitação;</li> <li>- Desburocratização.</li> </ul> |
| <b>Método de Monitoramento dos Requisitos</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo de resposta às demandas;</li> <li>- Pesquisa de satisfação de atendimento;</li> <li>- Registro de reclamações na Ouvidoria;</li> <li>- Indicadores das atividades de fiscalização.</li> </ul>   |
| <b>Benefício Gerado pelo CREMESE</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria da qualidade dos serviços prestados;</li> <li>- Melhores condições de trabalho para os profissionais contratados;</li> <li>- Satisfação;</li> <li>- Desburocratização.</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Benefício Retornado ao CREMESE</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Missão institucional cumprida;</li> <li>- Fortalecimento da instituição;</li> <li>- Aumento da credibilidade da instituição;</li> <li>- Arrecadação.</li> </ul>   |
| <b>Sociedade</b>                                  |  |
| <b>Principais Requisitos da Parte Interessada</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celeridade;</li> <li>- Orientação;</li> <li>- Responsabilidade social;</li> <li>- Proteção;</li> <li>- Efetividade no atendimento das solicitações;</li> <li>- Transparência;</li> <li>- Desburocratização;</li> <li>- Informação de credibilidade.</li> </ul>                    |
| <b>Método de Monitoramento dos Requisitos</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo de resposta às demandas;</li> <li>- Pesquisa de satisfação de atendimento;</li> <li>- Registro de reclamações na Ouvidoria;</li> <li>- Indicadores das atividades de fiscalização.</li> </ul>   |
| <b>Benefício Gerado pelo CREMESE</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informações qualificadas;</li> <li>- Melhoria da qualidade dos serviços prestados por médicos e estabelecimentos de saúde;</li> <li>- Apuração e punição de eventuais violações ao Código de Ética Médica;</li> <li>- Proteção contra o exercício ilegal da profissão.</li> </ul> |
| <b>Benefício Retornado ao CREMESE</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Missão institucional cumprida;</li> <li>- Fortalecimento da instituição;</li> <li>- Aumento da credibilidade da instituição.</li> </ul>   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Órgãos de controle, fiscalização e regulação</b> |   |
| <b>Principais Requisitos da Parte Interessada</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celeridade;</li> <li>- Presteza e clareza das informações;</li> <li>- Cooperação;</li> <li>- Transparência;</li> <li>- Eficiência;</li> <li>- Orientações.</li> </ul>            |
| <b>Método de Monitoramento dos Requisitos</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de regularidade.</li> </ul>   |
| <b>Benefício Gerado pelo CREMESE</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria da qualidade dos serviços prestados por médicos e estabelecimentos de saúde;</li> <li>- Apuração e punição de eventuais violações ao Código de Ética Médica.</li> </ul> |
| <b>Benefício Retornado ao CREMESE</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Missão institucional cumprida;</li> <li>- Fortalecimento da instituição;</li> <li>- Aumento da credibilidade da instituição.</li> </ul>  |

| <b>Fornecedores de produtos e serviços</b>        |  |
|---|--|
| <b>Principais Requisitos da Parte Interessada</b> | - Cumprimento das obrigações contratuais;<br>- Pontualidade nos pagamentos;<br>- Avaliação proporcional de faltas. |
| <b>Método de Monitoramento dos Requisitos</b>     | - Fiscalização do contrato.  |
| <b>Benefício Gerado pelo CREMESE</b>              | - Satisfação.  |
| <b>Benefício Retornado ao CREMESE</b>             | - Bom desempenho dos serviços prestados.   |

| <b>Entidades médicas</b>                          |  |
|---|--|
| <b>Principais Requisitos da Parte Interessada</b> | - Cooperação;<br>- Parceria.   |
| <b>Método de Monitoramento dos Requisitos</b>     | - Tempo de resposta às demandas.   |
| <b>Benefício Gerado pelo CREMESE</b>              | - Satisfação.  |
| <b>Benefício Retornado ao CREMESE</b>             | - Fortalecimento da instituição;<br>- Aumento da credibilidade da instituição. |

| <b>Instituições de ensino</b>                     |  |
|---|--|
| <b>Principais Requisitos da Parte Interessada</b> | - Cooperação;<br>- Orientações ético-profissionais.                            |
| <b>Método de Monitoramento dos Requisitos</b>     | - Tempo de resposta às demandas.   |
| <b>Benefício Gerado pelo CREMESE</b>              | - Satisfação.  |
| <b>Benefício Retornado ao CREMESE</b>             | - Fortalecimento da instituição;<br>- Aumento da credibilidade da instituição. |

| Colaboradores                                     |   |
|---|---|
| <b>Principais Requisitos da Parte Interessada</b> | - Condições adequadas de trabalho;<br>- Reconhecimento por meritocracia;<br>- Boa comunicação.        |
| <b>Método de Monitoramento dos Requisitos</b>     | - Pesquisa de clima organizacional;<br>- Avaliação de desempenho.                                     |
| <b>Benefício Gerado pelo CREMESE</b>              | - Satisfação;<br>- Reconhecimento;<br>- Segurança.  |
| <b>Benefício Retornado ao CREMESE</b>             | - Segurança e eficácia dos atos administrativos;<br>- Engajamento dos colaboradores e confiabilidade. |

## 2.2. Fatores Críticos de Sucesso – FCS

*Os fatores críticos de sucesso - FCS são pontos críticos de um negócio porque é neles que é exigida muita competência para que os objetivos sejam atingidos. Em outras palavras, um FCS é aquilo que necessita ser realizado bem-feito para se obter sucesso em um negócio. São também chamados de fatores-chave de sucesso.*

Os Fatores Críticos de Sucesso para o negócio do CREMESE são:

- **Política de gerenciamento de conflitos**
  - Resolução de conflitos de forma objetiva e profissional.
- **Duração razoável das sindicâncias, processos ético-profissionais e processos consulta**
  - Celeridade nas respostas.
- **Dedicação do corpo conselhal**
  - Maior participação dos Conselheiros no dia a dia de todas as atividades desenvolvidas.
- **Descentralização dos processos administrativos**
  - Adequada distribuição das tarefas;
  - Aplicação eficiente dos recursos humanos;
  - Definição de responsabilidades e autoridades.
- **Processo de comunicação interna e externa ágil e eficaz**
  - Comunicação estratégica facilita a execução das atividades;
  - Bom relacionamento entre as equipes;
  - Qualidade no fluxo de informações.



- **Qualificação profissional**
  - Eficiência nas atividades operacionais;
  - Melhoria no atendimento e desenvolvimento das atividades diárias;
  - Avaliação de desempenho que reflita em melhorias para a eficiência do colaborador e conseqüentemente em um melhor desempenho de suas tarefas.
- **Comprometimento pessoal e profissional**
  - Comprometimento pessoal e profissional no que diz respeito ao resultado e reflexos na Instituição como um todo.
- **Inovação**
  - Adaptação às novas tecnologias
- **Fiscalização efetiva**
  - Segurança da sociedade;
  - Correção/atualização de todos os processos de registros e base de dados utilizada.
- **Uso de tecnologia da informação na execução de processos**
  - Adequação dos sistemas operacionais;
  - Segurança nas informações enviadas;
  - Virtualização de processos internos;
  - Integração entre os processos e sistemas.
- **Qualidade dos serviços prestados**
  - Excelência no atendimento aos usuários e clientes.
- **Boa saúde financeira**
  - Equilíbrio de contas (receitas e despesas).

## 2.3. Análise do Ambiente Interno

### 2.3.1. Pontos Fortes

*O Ponto Forte é uma característica ou uma diferenciação existente na organização que lhe proporciona ou provoca uma vantagem operacional no seu ambiente de negócio. É uma variável controlável.*

Pontos Fortes identificados no CREMESE:

| Fatores  | Pontos Fortes  |
|--|--|
| <b>Governança, estrutura organizacional, funções e responsabilidades</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>● Comprometimento da Diretoria com a profissionalização da gestão;</li><li>● Gestão voltada para resultados;</li><li>● Facilidade de comunicação com a Diretoria;</li><li>● Otimização dos canais de comunicação externos;</li><li>● Atribuições e lideranças dos dirigentes bem delineadas;</li><li>● Transparência na gestão;</li><li>● Autonomia administrativa;</li><li>● Importância perante a sociedade.</li></ul> |

| Fatores   | Pontos Fortes  |
|---|--|
| <b>Recursos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustentabilidade financeira;</li> <li>• Pontualidade no cumprimento das obrigações financeiras;</li> <li>• Virtualização dos serviços cartorários (Portal Médico);</li> <li>• Gestão orçamentária eficiente.</li> </ul>                                       |
| <b>Infraestrutura</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalações novas, confortáveis e adequadas aos serviços prestados pelo CREMESE;</li> <li>• Parque tecnológico moderno;</li> <li>• Localização estratégica;</li> <li>• Facilidade para adoção de novas tecnologias.</li> </ul>                                |
| <b>RH e Cultura Organizacional</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefícios como o plano de saúde e alimentação;</li> <li>• Terceirização de atividades de apoio;</li> <li>• Nível de escolaridade dos colaboradores;</li> <li>• Baixo Turnover;</li> <li>• Comprometimento dos colaboradores envolvidos na gestão.</li> </ul> |
| <b>Normas, diretrizes e modelos adotados pela organização</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normatização exaustiva de procedimentos efetuada pelo CFM;</li> <li>• Ser <i>compliance</i>.</li> </ul>   |

### 2.3.2. Pontos Fracos

*O Ponto Fraco é uma característica ou uma situação inadequada da organização que lhe proporciona ou provoca uma desvantagem no ambiente de negócio.*

Pontos Fracos identificados no CREMESE:

| Fatores  | Pontos Fracos  |
|--|--|
| <b>Governança, estrutura organizacional, funções e responsabilidades</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centralização administrativa;</li> <li>• Distribuição desigual de atribuições e responsabilidades dos colaboradores;</li> <li>• Reduzida participação dos conselheiros;</li> <li>• Concentração das atividades em alguns membros do corpo conselhal;</li> <li>• Comunicação interna deficitária;</li> <li>• Responsabilidades e autoridades não definidas claramente;</li> <li>• Falta de controle de estratégias e metas;</li> <li>• Duração razoável das sindicâncias, processos ético-profissionais e processos consulta.</li> </ul> |
| <b>Recursos</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entraves operacionais para a cobrança administrativa de créditos e arrecadação;</li> <li>• Deficiência no planejamento da fiscalização de contratos para entrega de faturas em tempo hábil para programação;</li> <li>• Ausência de alternativas para pagamento via Portal;</li> <li>• Planejamento de contratação deficiente;</li> <li>• Falta de Softwares intuitivos e com funcionalidades que tornem os processos mais flexíveis e integrados.</li> </ul>   |

| Fatores   | Pontos Fracos   |
|---|---|
| <b>Infraestrutura</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>● Sistemas antigos e defasados;</li><li>● Falta gestão documental;</li><li>● Salas mal dimensionadas;</li><li>● Falta de manutenção;</li><li>● Pouco acompanhamento de inovações tecnológicas.</li></ul>  |
| <b>RH e Cultura Organizacional</b>                            | <ul style="list-style-type: none"><li>● Inexistência de plano de cargos, carreira e salário;</li><li>● Estrutura organizacional desatualizada;</li><li>● Falta de engajamento/comprometimento de parcela dos funcionários (Individualismo - Cultura do "meu");</li><li>● Ausência de política de gerenciamento de conflitos;</li><li>● Capacitação profissional deficiente;</li><li>● Clima organizacional desfavorável;</li><li>● Falta de sistemática de avaliação de desempenho;</li><li>● Falta de gestão (mapeamento) de habilidades internas dos funcionários;</li><li>● Falta gestão de recrutamento, seleção, contratação e integração de colaborador;</li><li>● Falta de reuniões produtivas;</li><li>● Inexistência da estrutura de Recursos Humanos.</li></ul> |
| <b>Normas, diretrizes e modelos adotados pela organização</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>● Ausência de flexibilidade no processo de adaptação das normas expedidas pelo CFM à realidade dos Conselhos Regionais;</li><li>● Ausência de padronização dos processos administrativos internos;</li><li>● Desatualização dos normativos do CFM e CRM.</li></ul>  |

## 2.4. Análise do Ambiente Externo

A análise do ambiente externo tem por finalidade estudar a relação existente entre a organização e seu ambiente em termos de Oportunidades (O) e Ameaças (A).

O estudo foi realizado nos ambientes Políticos, Econômicos, Sociais, Tecnológicos, Ambientais e Legais.

As ameaças e oportunidades identificadas foram consideradas Fatores de Riscos.

### 2.4.1. Fatores Políticos

| A/O | Descritivo (Fator de Risco)                                     |
|-----|---|
| A   | Interferência do Judiciário em questões técnicas área da saúde  |
| A/O | Avaliação de suficiência para concessão de novos CRM's          |
| A   | Atuação política do CFM na pandemia                             |
| A   | Insegurança quanto a natureza jurídica dos Conselhos            |
| A   | Politização da Saúde  |
| O   | Participação dos conselhos na elaboração das Políticas de Saúde |
| A/O | Mudança do direcionamento estratégico decorrente de eleição     |
| O   | Revalida  |

### 2.4.2. Fatores Econômicos

| A/O | Descritivo (Fator de Risco)  |
|-----|--|
| A/O | Crescimento exponencial nos números de médicos                             |
| A   | Recessão   |
| O   | Crescimento Econômico  |
| A   | Mercantilização da saúde   |
| A   | Abertura do mercado de Saúde Suplementar para grandes monopólios           |
| A   | Novos tributos   |
| O   | Exigência de constituição de pessoa jurídica para o exercício profissional |
| A   | Prescrição de anuidades (receita)  |

### 2.4.3. Fatores Sociais

| A/O | Descritivo (Fator de Risco)   |
|-----|---|
| A   | Envelhecimento da população médica  |
| A/O | Abertura de cursos de medicina  |
| A   | Profissionais formados em escola de Medicina do exterior e com diploma não revalidado |
| O   | Credibilidade institucional   |
| O   | União entre as entidades de classes   |
| A   | Paralisação dos serviços médicos  |
| O   | Políticas públicas voltadas para a saúde  |
| A   | Desconhecimento pela sociedade e médicos das atividades dos conselhos                 |

**2.4.4. Fatores Tecnológicos**

| A/O | Descritivo (Fator de Risco)                                   |
|-----|---|
| A/O | Telemedicina  |
| O   | Base de dados ampla sobre médicos e estabelecimentos de saúde |
| O   | Avanços tecnológicos  |
| A/O | Mídias sociais  |
| A   | Ataques cibernéticos  |

**2.4.5. Fatores Ambientais**

| A/O | Descritivo (Fator de Risco)    |
|-----|--------------------------------|
| A/O | Pandemia e colapsos ambientais |

**2.4.6. Fatores Legais**

| A/O | Descritivo (Fator de Risco)       |
|-----|-----------------------------------|
| A   | Ato médico                        |
| A   | Desconhecimento das normas do CFM |

### 3. GESTÃO DE RISCO

O processo de gestão de riscos realizado neste planejamento estratégico teve como objetivo auxiliar na definição das ações estratégicas, levando em consideração as incertezas e a possibilidade de circunstâncias ou eventos futuros (intencionais ou não intencionais) e seus efeitos sobre os objetivos organizacionais.

O método utilizado foi baseado na norma ISO/IEC 31010 e buscou identificar como os objetivos estratégicos poderiam ser afetados, analisando cada risco em termos de consequências e suas probabilidades antes de decidir as ações a serem tomadas.

#### 3.1. Matriz de Probabilidade e Consequência

A matriz a seguir foi utilizada para análise e avaliação dos riscos, sendo classificados em tolerável, significativo, sério ou intolerável. Os riscos positivos foram tratados como oportunidades, sendo analisados e avaliados a partir dos mesmos critérios.

**B.29 – Matriz de probabilidade/consequência (ISO 31010)**

|                |             | Nível de Risco (NR = PxC) |         |       |  |            |    |
|----------------|-------------|---------------------------|---------|-------|--|------------|----|
|                |             | Consequência              |         |       |  |            |    |
|                |             | Insignificante            | Pequena | Média | Alta                                   | Muito Alta |    |
|                |             | 1                         | 2       | 4     | 8                                      | 16         |    |
| PROBABILIDADE  | Raro        | 1                         | 1       | 2     | 4                                      | 8          | 16 |
|                | Improvável  | 2                         | 2       | 4     | 8                                      | 16         | 32 |
|                | Possível    | 3                         | 3       | 6     | 12                                     | 24         | 48 |
|                | Provável    | 4                         | 4       | 8     | 16                                     | 32         | 64 |
|                | Quase certo | 5                         | 5       | 10    | 20                                     | 40         | 80 |
| Nível de Risco |             | Zonas de Decisão          |         |       | Tratamento                             |            |    |
| NR ≤ 4         |             | Tolerável                 |         |       | Manter controles existentes            |            |    |
| 4 < NR ≤ 8     |             | Significativo             |         |       | Avaliar necessidade de novos controles |            |    |
| 8 < NR ≤ 16    |             | Sério                     |         |       | Ação Obrigatória                       |            |    |
| NR > 16        |             | Intolerável / Excelente   |         |       | Ação Obrigatória                       |            |    |

#### 3.2. Riscos do Negócio

| Fator de Risco  | Risco / oportunidade   | Consequência  | Probab. | Grav. | Nível | Iniciativas para Tratamento  |   |
|---|--|---|---------|-------|-------|--|---|
| Interferência do Judiciário em questões técnicas da área da saúde | <b>(RISC.01)</b><br>Decisões judiciais que revisam atos administrativos do CREMESE | <b>Insegurança jurídica:</b><br>inscrição primária e registro de qualificação de especialistas provisórios, sujeitos a cancelamento ao fim do processo judicial; descumprimento dos requisitos definidos em lei para reconhecimento do profissional como médico; possibilidade de inserção de profissionais não qualificados no mercado de trabalho, colocando em risco a segurança da população assistida. | 3       | 8     | 24,0  | - Trabalho educativo - abertura de um canal de diálogo com o Poder Judiciário - importância dos critérios para inscrição primária e concessão de registro de qualificação de especialista. | Risco permanece, mantendo o mesmo nível de risco. |

|   |   |   |   |    |      |   |   |
|---|---|---|---|----|------|---|---|
| Avaliação de suficiência para concessão de novos CRM's (Aferição prévia de qualificação profissional mínima para o exercício da Medicina) | (RISC.02)<br>Registro de profissionais capacitados  | Maior eficiência na atuação na supervisão da ética médica   | 4 | 8  | 32,0 | - Fortalecimento das ações da Corregedoria;   | Probabilidade aumentou de improvável para provável, por duas situações: O revalida passou para anual e será implementado um exame de proficiência para os formandos de medicina   |
|   | (RISC.03)<br>Profissionais atuando sem registro   | Necessidade de Atuação mais ostensiva do CRM.   | 4 | 16 | 64,0 | - Agilidade na tramitação de procedimentos ético-profissionais;   |   |
|   |   | Novas Judicializações   | 4 | 8  | 32,0 | - Intensificação das ações de fiscalização.   |   |
| Politização da Saúde  | (RISC.04)<br>Definição de diretrizes técnicas das políticas públicas de saúde influenciada por questões políticas e não apenas científicas                                | Fragilização da imagem do CFM perante a sociedade   | 3 | 4  | 12,0 | - Fortalecimento do caráter científico da atuação médica;<br><br>- Estabelecer canal de diálogo com a comunidade trazendo argumentos que refutem ou minimizem o confronto de ideias para manter a confiabilidade institucional. | Quando o risco foi levantado, estávamos no contexto da pandemia. Hoje não tem mais a questão da politização, havendo uma menor probabilidade (passou de provável para possível).<br><br>A gravidade da fragilização da imagem passou de alto para médio.<br><br>A gravidade do descontentamento da classe médica diminuiu de médio para pequena |
|   |   | Descontentamento da Classe Médica   | 3 | 2  | 6,0  |   |   |
| Insegurança quanto a natureza jurídica dos Conselhos  | (RISC.05)<br>Questionamentos sobre a natureza jurídica dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina (regime jurídico direito público/regime jurídico de direito privado) | Indefinição sobre os limites de atuação dos Conselhos Regional e Federal de Medicina, bem como quanto ao regramento jurídico que lhe seja aplicável | 1 | 4  | 4,0  | - Trabalho de esclarecimento junto à sociedade sobre as competências e atribuições legais dos Conselhos de Medicina;  | A probabilidade diminuiu de improvável para raro, diminuindo assim o nível de risco para tolerável  |
|   |   | Dificuldade em implementação de medidas administrativas de longo prazo  | 1 | 4  | 4,0  | - Fortalecimento da cultura gerencial na instituição.   |   |
| Participação dos conselhos na elaboração das Políticas de Saúde   | (RISC.06)<br>Aprimoramento técnico das políticas públicas de saúde formuladas   | Reflexos diretos na melhoria dos serviços prestados à população e no exercício em si da Medicina  | 3 | 8  | 24,0 | - Atuação efetiva do Conselho de Medicina em conselhos deliberativos que contam com a participação de entidades da sociedade civil organizada.  | Permanece a oportunidade, visto ainda que o CFM inclui essa questão no seu Planejamento Estratégico.<br><br>Nível de risco permanece o mesmo.<br><br>Iniciativas continuam em implementação.  |
| Políticas públicas voltadas para a saúde  |   |   |   |    |      |   |   |
| Mudança do direcionamento estratégico decorrente de eleição   | (RISC.07)<br>Descontinuidade das ações estratégicas estabelecidas   | Dificuldade no atingimento aos objetivos estratégicos   | 2 | 8  | 16,0 | - Fortalecimento da cultura gerencial na instituição.   | No momento atual, a probabilidade é reduzida de possível para improvável, reduzindo consequentemente o nível de risco.  |

|   |   |  |   |      |      |  |   |
|---|---|--|---|------|------|--|---|
| Revalida  | (RISC.08)<br>Inscrição primária de profissionais graduados em Medicina por instituições de ensino superior estrangeiras | Cumprimento dos requisitos definidos em lei para reconhecimento do profissional como médico                                    | 5 | 16   | 80,0 | - Fortalecimento das ações de fiscalização.  | Revalida passou a ser anual, aumentando a probabilidade de provável para quase certo, consequentemente aumentando o nível do risco (oportunidade) |
|   |   | Aumento do número de profissionais aptos ao exercício da Medicina  | 5 | 16   | 80,0 |  |   |
|   |   | Possibilidade de democratização do acesso a médicos, notadamente considerando que o Brasil é um país de extensões continentais | 5 | 8    | 40,0 |  |   |
| Profissionais formados em escola de Medicina do exterior e com diploma não revalidado | (RISC.09)<br>Aumento na judicialização  | Incerteza sobre a formação e qualificação técnica  | 3 | 16   | 48,0 | - Trabalho educativo - abertura de um canal de diálogo com o Poder Judiciário - importância dos critérios para inscrição primária  | A probabilidade foi reduzida de quase certo para possível, diminuindo assim o nível de risco.   |
|   | (RISC.10)<br>Atuação sem registro   | Aumento da demanda de fiscalização   | 3 | 16   | 48,0 | Facilitar o acesso à informação sobre os profissionais legalmente habilitados a exercer a medicina.  |   |
| Crescimento exponencial nos números de escolas / médicos                              | (RISC.11)<br>Aumento de registros de novos médicos  | Aumento na arrecadação   | 4 | 16   | 64,0 | - Automação dos processo de inscrição, fiscalização e atendimentos;<br><br>- Treinar a equipe de forma continuada e realizando avaliações, aferição do atendimento aos procedimentos, sobretudo para tornar mais eficiente e eficaz os atendimentos;<br><br>- Desenvolvimento de procedimentos mais simplificados. | Risco e Oportunidade continuam no mesmo nível.<br><br>Iniciativas estão sendo implementadas   |
|   |   | Aumento da demanda de fiscalização   | 4 | 8    | 32,0 |  |   |
|   | Maior abrangência de atuação dos profissionais médicos  | 4  | 4 | 16,0 |      |  |   |
|   | (RISC.12)<br>Sobrecarga de atividades nos setores   | Não conseguir acompanhar o crescimento inovando em eficiência e eficácia nos atendimentos                                      | 4 | 8    | 32,0 |  |   |
| Recessão  | (RISC.13)<br>Redução do poder aquisitivo  | Inadimplência  | 3 | 8    | 24,0 | - Implementar sistemática online para facilitar negociações e parcelamentos.   | Riscos continuam no mesmo nível.<br><br>Iniciativas estão sendo implementadas   |
|   |   | Mercantilização da medicina e redução do compromisso ético   | 4 | 8    | 32,0 |  |   |
|   |   | Aumento da demanda de fiscalização por sobrecarga no serviço público   | 5 | 8    | 40,0 |  |   |

|   |  |   |   |    |      |  |  |
|---|--|---|---|----|------|--|--|
| <b>Crescimento Econômico</b>  | <b>(RISC.14)</b><br>Aumento da demanda por serviços de saúde   | Incremento da arrecadação   | 3 | 8  | 24,0 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar sistemática online para facilitar negociações e parcelamentos;</li> <li>- Automação dos processo de inscrição, fiscalização e atendimentos;</li> <li>- Treinar a equipe de forma continuada e realizando avaliações, aferição do atendimento aos procedimentos, sobretudo para tornar mais eficiente e eficaz os atendimentos;</li> <li>- Desenvolvimento de procedimentos mais simplificados.</li> </ul> | <b>Oportunidade continua no mesmo nível.</b><br><br><b>Iniciativas estão sendo implementadas</b> |
|   |  | Redução da inadimplência  | 3 | 8  | 24,0 |  |  |
|   |  | Ampliação do número de profissionais inscritos  | 4 | 2  | 8,0  |  |  |
|   |  | Aumento no número de pessoas jurídicas registradas no Conselho  | 4 | 4  | 16,0 |  |  |
| <b>Mercantilização da saúde</b>   | <b>(RISC.15)</b><br>Precarização dos serviços de saúde   | Aumento das denúncias sobre a baixa qualidade dos serviços prestados e as violações ao Código de Ética Médica | 4 | 8  | 32,0 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar Campanhas educativas;</li> <li>- Incluir prática no Programa de educação médica continuada.</li> </ul>  | <b>Risco continua no mesmo nível.</b><br><br><b>Iniciativas estão sendo implementadas</b>        |
| <b>Abertura do mercado de Saúde Suplementar para grandes monopólios</b>           |  |   |   |    |      |  |  |
| <b>Novos tributos</b>   | <b>(RISC.16)</b><br>Aumento da carga tributária  | Diminuição da arrecadação   | 2 | 2  | 4,0  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar sistemática online para facilitar negociações e parcelamentos;</li> <li>- Campanhas voltadas para manutenção da adimplência, explicando a função do conselho e demonstrando os resultados da sua efetiva atuação.</li> </ul>  | <b>Probabilidade e gravidade foram reduzidas, diminuindo assim o nível de risco (Tolerável).</b> |
|   |  | Aumento da inadimplência  | 2 | 2  | 4,0  |  |  |
| <b>Exigência de constituição de pessoa jurídica para o exercício profissional</b> | <b>(RISC.17)</b><br>Aumento no registro de pessoas jurídicas prestadoras de serviços médicos terceirizados | Aumento da arrecadação  | 5 | 16 | 80,0 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Automação dos processo de inscrição, fiscalização e atendimentos;</li> <li>- Treinar a equipe de forma continuada e realizando avaliações, aferição do atendimento aos procedimentos, sobretudo para tornar mais eficiente e eficaz os atendimentos;</li> <li>- Desenvolvimento de procedimentos mais simplificados.</li> </ul>   | <b>Oportunidade continua no mesmo nível.</b><br><br><b>Iniciativas estão sendo implementadas</b> |
|   |  | Aumento das demandas relacionadas à fiscalização  | 5 | 16 | 80,0 |  |  |
|   | <b>(RISC.18)</b><br>Confusão entre a responsabilidade pessoal do médico e o diretor técnico                | Sobrecarga de atividades nos setores  | 5 | 8  | 40,0 |  |  |

|   |   |   |   |    |      |  |  |
|---|---|---|---|----|------|--|--|
| Prescrição de anuidades (receita)                                   | <b>(RISC.19)</b><br>Dificuldades na cobrança administrativa e judicial de valores devidos e não pagos a título de anuidade por força de imposições legais | Redução da arrecadação  | 3 | 8  | 24,0 | - Destinar pessoal;<br><br>- Dar baixa em empresas que já encerraram as atividades na RFB.   | Foi reduzida a probabilidade e a gravidade para a receita superestimada, diminuindo assim o nível de risco.<br><br>Iniciativas estão sendo implementadas |
|   |   | Receita superestimada   | 3 | 4  | 12,0 |  |  |
|   |   | Responsabilização da gestão   | 3 | 8  | 24,0 |  |  |
| Envelhecimento da população médica                                  | <b>(RISC.20)</b><br>Isenção da Anuidade   | Redução da arrecadação por jubramento                                   | 3 | 2  | 6,0  | Monitorar o evento e informar o impacto financeiro.  | Risco continua no mesmo nível.<br><br>Iniciativas estão sendo implementadas  |
| Credibilidade institucional   | <b>(RISC.21)</b><br>Influência nas decisões relacionadas à área da saúde  | Ampliação da participação do Conselho no processo de tomada de decisões | 4 | 8  | 32,0 | - Monitorar as discursões da área da saúde;  | Oportunidade continua no mesmo nível.  |
| União entre as entidades médicas                                    | <b>(RISC.22)</b><br>Fortalecimento institucional das entidades médicas  | Ampliação da participação do Conselho no processo de tomada de decisões | 5 | 4  | 20,0 | - Estreitar relações com outras entidades com objetivos correlatos.  | Iniciativas estão sendo implementadas  |
|   |   | Ações conjuntas de fiscalização   | 5 | 4  | 20,0 |  |  |
| Paralisação dos serviços médicos                                    | <b>(RISC.23)</b><br>Interdição ética do serviço de saúde  | Aumento das demandas fiscalizatórias                                    | 4 | 4  | 16,0 | - Estabelecer plano com os processos necessários a enfrentar a crise, com definição dos responsáveis por cada etapa em caso de interdição e desinterdição. | Probabilidade aumentou de possível para provável, aumentando o nível de risco.<br><br>Ação está sendo executada.   |
|   |   | Aumento da demanda da Corregedoria                                      | 4 | 2  | 8,0  |  |  |
| Desconhecimento pela sociedade/médicos das atividades dos Conselhos | <b>(RISC.24)</b><br>Demandas sobre assuntos para os quais o Conselho não pode atuar   | Sobrecarga  | 4 | 4  | 16,0 | - Trabalho de esclarecimento junto à sociedade sobre as competências e atribuições legais dos Conselhos de Medicina.                                       | Risco continua no mesmo nível.<br><br>Iniciativas estão sendo implementadas  |
|   |   | Descrédito institucional  | 3 | 4  | 12,0 |  |  |
|   |   | Críticas sem fundamentação  | 3 | 8  | 24,0 |  |  |
| Telemedicina  | <b>(RISC.25)</b> Prática de telemedicina não regulamentada  | Necessidade de Atuação mais ostensiva do CRM                            | 2 | 4  | 8,0  | - Trabalhar junto ao CFM para regulamentação da Telemedicina, considerando questões éticas.  | Probabilidade e gravidade reduziram, por já haver regulamentação sobre o assunto.  |
| Base de dados ampla sobre médicos e estabelecimentos de saúde       | <b>(RISC.26)</b> Solidez e confiabilidade das informações coletadas   | Visibilidade do Conselho  | 3 | 8  | 24,0 | - Estabelecer rotina de verificação, revisão e atualização de informações constantes do dados do conselho.   | Oportunidade continua no mesmo nível.<br><br>CFM inclui como oportunidade em seu PEI.<br><br>Iniciativas estão sendo implementadas                       |
|   |   | Agilidade e eficiência na prestação dos serviços                        | 5 | 8  | 40,0 |  |  |
| Avanços tecnológicos  | <b>(RISC.27)</b><br>Aprimoramento das funções institucionais do Conselho  | Agilidade e eficiência na prestação dos serviços                        | 4 | 16 | 64,0 | - Elaborar estudos voltados à incorporação de novas tecnologias, estabelecendo requisitos e providências necessárias.                                      | Oportunidade continua no mesmo nível.<br><br>Iniciativas estão sendo implementadas   |

|   |  |   |   |    |      |   |   |
|---|--|---|---|----|------|---|---|
| Mídias Sociais  | (RISC.28) Melhor divulgação das atividades da instituição                        | Maior interação com o público   | 2 | 4  | 8,0  | - Estabelecer agenda anual com os eventos programados;<br>- Fortalecimento da divulgação das atividades.  | Redução da probabilidade e gravidade da oportunidade, reduzindo assim o seu nível.<br><br>Risco negativo também reduziu o nível de risco, por redução da sua probabilidade. |
|   |  | Maior número de pessoas recebendo informações sobre o conselho  | 2 | 4  | 8,0  |   |   |
|   | (RISC.29) Maior vulnerabilidade da instituição                                   | Haters  | 2 | 4  | 8,0  | - Manter o monitoramento;<br>- Combater a contrainformação com a informação.  |   |
| Ataques cibernéticos  | (RISC.30) Vazamento de informações sigilosas / sequestro de dados                | Responsabilização administrativa, civil e criminal pelo vazamento/exposição de dados pessoais, sigilosos e/ou confidenciais | 3 | 16 | 48,0 | - Acompanhar e revisar periodicamente a Política de Segurança da informação;<br>- Monitoramento constante dos ambientes digitais.                               | Já foi elaborada a Política de Segurança da informação.<br><br>Nível de risco foi mantido.  |
| Pandemia e colapsos ambientais  | (RISC.31) Aumento da demanda por ações do Conselho                               | Fortalecimento insitucional   | 4 | 4  | 16,0 | - Otimização das ações de fiscalização.   | Risco e Oportunidade continuam no mesmo nível.  |
|   | (RISC.32) Suspensão de atendimento e de prazos processuais                       | Duração dos processos aumentada   | 4 | 8  | 32,0 | - Força tarefa para realizar as atividades.   | Iniciativas estão sendo implementadas   |
| Ato médico  | (RISC.33) Exercício ilegal da medicina   | Aumento das denúncias e procedimentos ético profissionais instaurados   | 4 | 8  | 32,0 | - Otimização das ações de fiscalização.   | Risco continua no mesmo nível.<br><br>Iniciativas estão sendo implementadas   |
| Desconhecimento das normas do CFM   | (RISC.34) Descumprimento da normatização expedida pelo CFM                       | Exercício ilegal da Medicina  | 4 | 8  | 32,0 | - Trabalho de esclarecimento junto à sociedade sobre as competências e atribuições legais dos Conselhos de Medicina;<br>- Otimização das ações de fiscalização. | Risco continua no mesmo nível.<br><br>Iniciativas estão sendo implementadas   |
|   |  | Aumento das denúncias e procedimentos ético profissionais instaurados   | 4 | 8  | 32,0 |   |   |
| Ato médico  | (RISC.35) Atuação de outros profissionais da área da saúde em atividades médicas | Exercício ilegal da Medicina  | 4 | 8  | 32,0 | - Otimização das ações de fiscalização.   | Novo risco identificado   |
| Existência de demanda da mídia de outros atores para obtenção de informações confiáveis sobre as atividades da área médica e da saúde | (RISC.36) Melhor divulgação das ações e funções do Conselho                      | Maior visibilidade e credibilidade  | 4 | 8  | 32,0 | - Acompanhar as oportunidades e atuação junto à imprensa  | Novo risco identificado   |

|   |  |  |   |   |      |   |                         |
|---|--|--|---|---|------|---|-------------------------|
| <b>Aumento de demandas por novos serviços médicos</b> | <b>(RISC.37)</b><br>Conselho não estar preparado (Infraestrutura e pessoal) para acompanhamento das novas demandas | Desorganização administrativa e descredibilidade institucional | 3 | 8 | 24,0 | - Dimensionamento correto da força de trabalho;<br>- Modernização do parque tecnológico;<br>- Busca de novas ferramentas que agilizem o trabalho. | Novo risco identificado |
|---|--|--|---|---|------|---|-------------------------|

#### 4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Os *Objetivos Estratégicos do CREMESE* foram definidos com a utilização da metodologia do *Balanced Scorecard*, em quatro perspectivas: *Financeiro, Clientes, Processos Internos e Aprendizado e Crescimento*. O alinhamento entre os objetivos estratégicos e a *Missão e Visão do CREMESE* foi representado em um *Mapa Estratégico*.

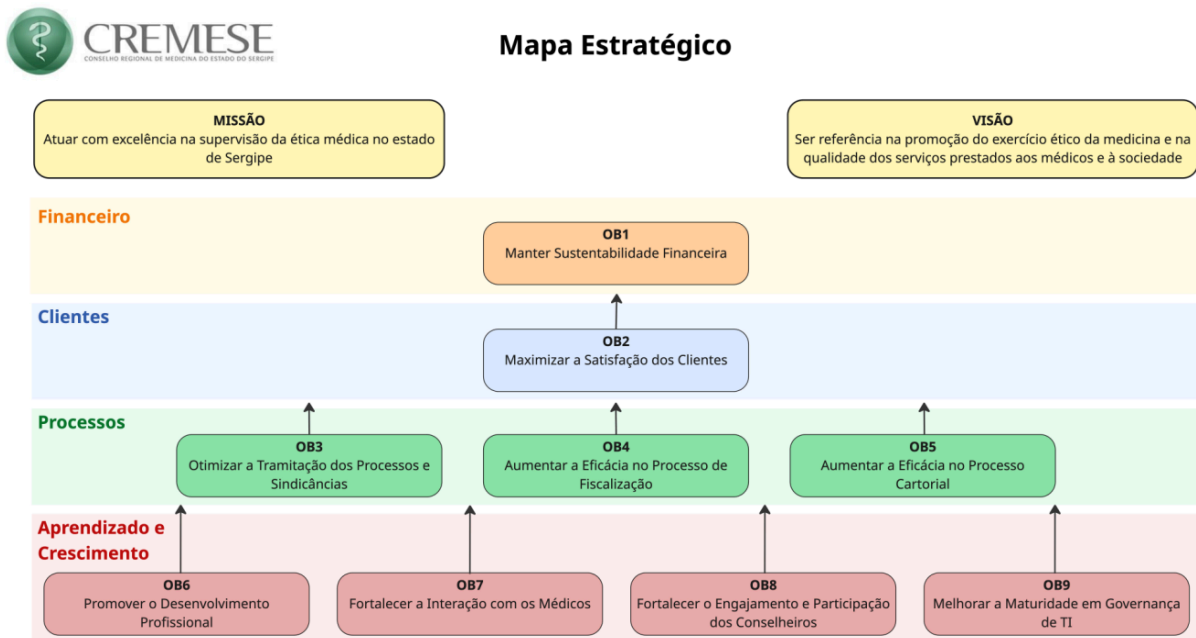
Para cada *Objetivo Estratégico*, foram definidos *Indicadores Chaves de Performance (KPI - Key Performance Indicator)*, sendo apresentada a fórmula para medição, periodicidade de medição e membro da direção responsável.

Foi realizada análise dos resultados dos indicadores nos últimos três anos e definidas metas para o ano de 2022. Para os indicadores sem histórico, foram estabelecidas ações de realização da medição inicial, para que possam ser definidas as metas de melhoria de desempenho.

Os *KPI's* devem ser desdobrados em indicadores táticos e operacionais, junto aos responsáveis pelos processos, sendo utilizada a metodologia de gestão a vista e apresentação de resultados mensais.

Para que os *Objetivos Estratégicos* sejam alcançados, foram estabelecidas ações estratégicas, denominadas *Projetos Estratégicos*.

##### 4.1. Mapa Estratégico



## 4.2. Objetivos Estratégicos

| Objetivos Estratégicos  | Perspectiva BSC           | Indicadores Estratégicos (KPI)                            | Fórmula   | Periodicidade medição | Responsável         |
|---|---------------------------|---|---|-----------------------|---------------------|
| <b>(OB1) Manter Sustentabilidade Financeira</b>                 | <b>Financeiro</b>         | Inadimplência PJ ( <b>IPJ</b> )                           | $\frac{\text{Número de PJ Inadimplentes}}{\text{Número total de PJ ativos}} \times 100$   | Mensal                | Tesoureiro          |
|   |                           | Inadimplência PF ( <b>IPF</b> )                           | $\frac{\text{Número de PF Inadimplentes}}{\text{Número total de PF ativos não jubilados/remidos}} \times 100$   | Mensal                | Tesoureiro          |
|   |                           | Superávit Contábil ( <b>SUC</b> )                         | $\frac{\text{Receitas} - \text{Despesas}}{\text{Receitas}}$   | Mensal                | Tesoureiro          |
|   |                           | Índice de Segurança Financeira ( <b>ISF</b> )             | $\frac{\text{Despesas}}{\text{Receitas}}$   | Mensal                | Tesoureiro          |
|   |                           | Índice de Vida Útil ( <b>IVU</b> )                        | Saldo financeiro/média das despesas durante o ano   | Mensal                | Tesoureiro          |
|   |                           | Índice de Execução do Plano de Contratação ( <b>EPC</b> ) | $\frac{\text{Número de contratações executadas}}{\text{número de contratações previstas}} \times 100$   | Anual                 | Primeiro Secretário |
| <b>(OB2) Maximizar a Satisfação dos Clientes</b>                | <b>Cliente</b>            | Índice de Satisfação do Cliente Médico ( <b>ISM</b> )     | Compilação do resultado da pesquisa de satisfação (Avaliação Geral)   | Quadrimestral         | Presidência         |
|   |                           | Índice de Satisfação do Cliente PJ ( <b>ISJ</b> )         | Compilação do resultado da pesquisa de satisfação   | Quadrimestral         | Presidência         |
|   |                           | Índice de Satisfação Global ( <b>ISG</b> )                | Compilação do resultado da pesquisa de satisfação   | Quadrimestral         | Presidência         |
|   |                           | Índice de Educação Médica Continuada ( <b>EMC</b> )       | $\frac{\text{Número de eventos de Educação Médica Continuada promovidos}}{\text{Número de eventos de Educação Médica Continuada promovidos}}$                         | Anual                 | Presidência         |
| <b>(OB3) Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias</b> | <b>Processos Internos</b> | Tempo Médio de Tramitação de Sindicâncias ( <b>TMS</b> )  | $\frac{\text{Soma dos tempos de tramitação}}{\text{número de sindicâncias finalizadas no período}}$   | Semestral             | Corregedor          |
|   |                           | Tempo Médio de Tramitação de PEP's ( <b>TMP</b> )         | $\frac{\text{Soma dos tempos de tramitação}}{\text{número de PEP's finalizados no período}}$  | Semestral             | Corregedor          |
|   |                           | Índice de Nulidades Processuais ( <b>INP</b> )            | $\frac{\text{Número de nulidades reconhecidas}}{\text{Quantidade de processos julgados}} \times 100$  | Semestral             | Corregedor          |
|   |                           | Índice de processos prescritos ( <b>IPP</b> )             | $\frac{\text{Número de processos em que se reconheceu a prescrição}}{\text{Nº de processos em tramitação}} \times 100$  | Semestral             | Corregedor          |
|   |                           | Índice de Sindicâncias Julgadas ( <b>ISJ</b> )            | $\frac{\text{Sindicâncias Julgadas}}{\text{Sindicâncias Instauradas}}$  | Semestral             | Corregedor          |
|   |                           | Índice de PEP's Julgados ( <b>IPJ</b> )                   | $\frac{\text{PEP's Julgados}}{\text{PEP's Instaurados}}$  | Semestral             | Corregedor          |
|   |                           | Índice de Sindicâncias Julgadas no Prazo ( <b>ISJP</b> )  | $\frac{\text{Sindicâncias julgadas no prazo}}{\text{Sindicâncias julgadas}} \times 100$   | Anual                 | Corregedor          |
|   |                           | Índice de PEP's Julgados no Prazo ( <b>IPJP</b> )         | $\frac{\text{PEP's julgados no prazo}}{\text{PEP's julgados}} \times 100$   | Anual                 | Corregedor          |
|   |                           | Índice de Decisões Reformadas pelo CFM ( <b>IDR</b> )     | $\frac{\text{Quantidade de sindicâncias e PEP's arquivados e/ou reformados pelo CFM}}{\text{Quantidade de sindicâncias e PEP's arquivados e/ou reformados pelo CFM}}$ | Semestral             | Corregedor          |

| Objetivos Estratégicos                                       | Perspectiva BSC                  | Indicadores Estratégicos (KPI)                                  | Fórmula   | Periodicidade medição | Responsável                 |
|--|----------------------------------|---|---|-----------------------|-----------------------------|
|  |                                  |   | PEP's encaminhados ao CFM) x 100  |                       |                             |
| <b>(OB4) Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização</b> | <b>Processos Internos</b>        | Índice de Fiscalização Proativa ( <b>IFP</b> )                  | (Número total de fiscalizações proativas / N° total de fiscalizações) x 100   | Trimestral            | Coordenação de Fiscalização |
|  |                                  | Índice de Eficácia da Fiscalização CODAME ( <b>IEFc</b> )       | (Número de sindicâncias instauradas / Número de médicos notificados) x 100  | Semestral             | Coordenação de Fiscalização |
|  |                                  | Índice de Eficácia da Fiscalização REGISTROS ( <b>IEFr</b> )    | (Número de registros + Empresas baixadas + Empresas que comprovaram a retirada da atividade médica/ Número de empresas notificadas) x 100 | Semestral             | Coordenação de Fiscalização |
|  |                                  |   | (Número de irregularidades corrigidas / número de irregularidades identificadas) x 100  | Semestral             | Coordenação de Fiscalização |
| <b>(OB5) Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial</b>       | <b>Processos Internos</b>        | Inscrições ( <b>INC</b> ) PF                                    | Número de inscrições no período   | Mensal                | Primeiro Secretário         |
|  |                                  | Inscrições ( <b>INC</b> ) PJ                                    | Número de inscrições no período   | Mensal                | Primeiro Secretário         |
|  |                                  | Inscrições ( <b>INC</b> ) RQE (Solicitações)                    | Número de inscrições no período   | Mensal                | Primeiro Secretário         |
|  |                                  | Inscrições ( <b>INC</b> ) CPJ                                   | Número de renovações de certificados de regularidade - PJ - no período  | Mensal                | Primeiro Secretário         |
| <b>(OB6) Promover o Desenvolvimento Profissional</b>         | <b>Aprendizado e Crescimento</b> | Índice de Clima Organizacional ( <b>ICO</b> )                   | Compilação do resultado da Pesquisa de Clima  | Anual                 | Primeiro Secretário         |
|  |                                  | Índice de Execução do Plano Anual de Capacitação ( <b>PAC</b> ) | Capacitações realizadas dividido pelas capacitações planejadas x 100  | Anual                 | Primeiro Secretário         |
|  |                                  | Índice de Desempenho Profissional ( <b>IDP</b> )                | Compilação do resultado da Avaliação de Desempenho  | Anual                 | Primeiro Secretário         |
| <b>(OB7) Fortalecer a Interação com os Médicos</b>           | <b>Aprendizado e Crescimento</b> | Índice de Eventos Médicos Realizados ( <b>IEM</b> )             | (Número de eventos médicos realizados / número de eventos planejados) x 100   | Anual                 | Presidência                 |
|  |                                  | Número de Participação nos Eventos Realizados ( <b>PER</b> )    | Número de participantes presentes nos eventos realizados pelo CREMESE   | Anual                 | Presidência                 |

| Objetivos Estratégicos  | Perspectiva BSC                  | Indicadores Estratégicos (KPI)                            | Fórmula  | Periodicidade medição | Responsável |
|---|----------------------------------|---|--|-----------------------|-------------|
| <b>(OB8) Fortalecer o Engajamento e Participação dos Conselheiros</b> | <b>Aprendizado e Crescimento</b> | Índice de Participação em Plenárias ( <b>IPP</b> )        | (Total de conselheiros participantes / total de conselheiros) x <b>100</b> | Anual                 | Presidência |
|   |                                  | Índice de Participação em Processos Éticos ( <b>IPE</b> ) | (Total de conselheiros participantes / total de conselheiros) x <b>100</b> | Anual                 | Presidência |
| <b>(OB9) Melhorar a Maturidade em Governança de TI</b>                | <b>Aprendizado e Crescimento</b> | Índice de Maturidade em TI ( <b>IMT</b> )                 | Compilação do resultado da aplicação da avaliação de maturidade em TI      | Anual                 | Presidência |

### 4.3. Resultados e Metas

#### 4.3.1. (OB1) Manter Sustentabilidade Financeira

| Indicadores Estratégicos (KPI)                   | Resultado |          |          |          |          |          |          | Meta 2026 |
|--|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
|  | 2019      | 2020     | 2021     | 2022     | 2023     | 2024     | 2025     |           |
| Inadimplência PJ (IPJ)                           | 15,10%    | 20,90%   | 17,80%   | 19,40%   | 17,90%   | 17,8     | 16,5%    | 14,0%     |
| Inadimplência PF (IPF)                           | 4,90%     | 14,68%   | 10,40%   | 8,20%    | 6,80%    | 7,2%     | 6,5%     | 6,5%      |
| Superavit Contábil (SUC)                         | 0,26      | 0,22     | 0,20     | 0,20     | 0,16     | 0,21     | 0,23     | 0,25      |
| Índice de Segurança Financeira (ISF)             | 0,73      | 0,77     | 0,79     | 0,86     | 0,87     | 0,78     | 0,75     | 0,75      |
| Índice de Vida útil (IVU)                        | 6 meses   | 11 meses | 12 meses | 13 meses | 13 meses | 17 meses | 15 meses | 18 meses  |
| Índice de Execução do Plano de Contratação (EPC) | -         | -        | -        | -        | -        | 54,05%   | 60,97%   | 70,00%    |

#### 4.3.2. (OB2) Maximizar a Satisfação dos Clientes

| Indicadores Estratégicos (KPI)               | Resultado |      |      |        |        |        |        | Meta 2026  |
|--|-----------|------|------|--------|--------|--------|--------|------------|
|  | 2019      | 2020 | 2021 | 2022   | 2023   | 2024   | 2025   |            |
| Índice de Satisfação do Cliente Médico (ISM) |           |      |      | 88,70% | 92,50% | 91,27% | 90,69% | 95,00%     |
| Índice de Satisfação do Cliente PJ (ISJ)     |           |      |      | 76,20% | 97,45% | 91,77% | 88,12% | 95,00%     |
| Índice de Satisfação Global (ISG)            |           |      |      | 65,57% | 60,00% | 91,52% | 89,40% | 95,00%     |
| Índice de Educação Médica Continuada (EMC)   |           |      | 8    | 6      | 19     | 22     | 33     | 25 eventos |

#### 4.3.3. (OB3) Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias

| Indicadores Estratégicos (KPI)                  | Resultado |          |         |             |             |             |             | Meta 2026 |
|---|-----------|----------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
|   | 2019      | 2020     | 2021    | 2022        | 2023        | 2024        | 2025        |           |
| Tempo Médio de Tramitação de Sindicâncias (TMS) | 21 meses  | 19 meses | 8 meses | 19,91 meses | 16,86 meses | 27,82 meses | 17,77 meses | 12 meses  |
| Tempo Médio de Tramitação de PEP's (TMP)        | 34 meses  | 17 meses | 8 meses | 55 meses    | 53,20 meses | 25,61 meses | 38,6 meses  | 24 meses  |
| Índice de Nulidades Processuais (INP)           | 0,00%     | 0,00%    | 5,00%   | 4,00%       | 0,00%       | 0,00%       | 0,00%       | 0%        |
| Índice de Processos Prescritos (IPP)            | 1,98%     | 0,00     | 2,00%   | 0,00%       | 0,00%       | 0,00%       | 0,00%       | 0%        |
| Índice de Sindicâncias Julgadas (ISJ)           | 1,87      | 0,49     | 0,86    | 1,04        | 1,30        | 1,25        | 0,72        | >1        |
| Índice de PEP's Julgados (IPJ)                  | 0,54      | 0,33     | 2,50    | 1,28        | 5,35        | 1,50        | 2,27        | >1        |
| Índice de Decisões Reformadas pelo CFM (IDR)    | 12,50%    | 0        | 0       | 1           | 0,5         | 0,93        | 0,20        | 0         |
| Índice de Sindicâncias Julgadas no Prazo (ISJP) |           |          |         |             |             |             |             | 1         |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Índice de PEP's Julgados no Prazo (IPJP) |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

#### 4.3.4. (OB4) Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização

| Indicadores Estratégicos (KPI)  | Resultado |        |        |        |        |        |        | Meta 2026 |
|---|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
|   | 2019      | 2020   | 2021   | 2022   | 2023   | 2024   | 2025   |           |
| Índice de Fiscalização Proativa (IFP)   | 59,57%    | 56,94% | 79,21% | 55,30% | 71,60% | 72,80% | 79,60  | 85%       |
| Índice de Eficácia da Fiscalização CODAME (IEFc)  | 1,25%     | 2,20%  | 0,00%  | 44,15% | 57,37% | 72,50% | 63,30% | 70%       |
| Índice de Eficácia da Fiscalização Regularização (Índice de Resolução de Irregularidades) | 97,06%    | 66,67% | 62,26% | 51,74% | 68,09% | 56,88% | 47,80% | 30%       |
| Índice de Cobertura e Alcance da Fiscalização dos Estabelecimentos Inscritos (IECf)       |           |        |        |        |        |        |        | NA        |

#### 4.3.5. (OB5) Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial

| Indicadores Estratégicos (KPI)      | Resultado |      |      |      |      |      |      | Meta 2026 |
|-------------------------------------|-----------|------|------|------|------|------|------|-----------|
|                                     | 2019      | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |           |
| Inscrições (INC) PF                 | 364       | 465  | 415  | 533  | 676  | 715  | 810  | NA        |
| Inscrições (INC) PJ                 | 319       | 237  | 194  | 248  | 322  | 392  | 599  | NA        |
| Inscrições (INC) RQE (Solicitações) | 308       | 236  | 294  | 303  | 384  | 400  | 474  | NA        |
| Inscrições (INC) CPJ                |           | 488  | 832  | 916  | 1020 | 1225 | 1609 | NA        |

#### 4.3.6. (OB6) Promover o Desenvolvimento Profissional

| Indicadores Estratégicos (KPI)                         | Resultado |      |      |        |        |        |        | Meta 2026   |
|--|-----------|------|------|--------|--------|--------|--------|---|
|  | 2019      | 2020 | 2021 | 2022   | 2023   | 2024   | 2025   |   |
| Índice de Clima Organizacional (ICO)                   |           |      | 3,01 | 3,06   | 3,03   | 3,56   | 3,85   | >3,5  |
| Índice de Execução do Plano Anual de Capacitação (PAC) |           |      |      | 38,50% | 20,35% | 54,50% | 58,00% | 50%   |
| Índice de Desempenho Profissional (IDP)                |           |      |      | -      | -      | -      | -      | Realizar a Primeira Avaliação de Desempenho em 2027 |

#### 4.3.7. (OB7) Fortalecer a Interação com os Médicos

| Indicadores Estratégicos (KPI)             | Resultado |      |      |      |      |      |       | Meta 2026 |
|--|-----------|------|------|------|------|------|-------|-----------|
|  | 2019      | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025  |           |
| Índice de Eventos Médicos Realizados (IEM) |           |      |      |      |      |      | 35,00 | 100,00%   |

|   |  |  |  |  |  |     |     |      |
|---|--|--|--|--|--|-----|-----|------|
| Número de Participação nos Eventos Realizados (PER) |  |  |  |  |  | 881 | 978 | 1100 |
|---|--|--|--|--|--|-----|-----|------|

#### 4.3.8. (OB8) Fortalecer o Engajamento e Participação dos Conselheiros

| Indicadores Estratégicos (KPI)                   | Resultado |      |      |      |      |        |        | Meta 2026 |
|--|-----------|------|------|------|------|--------|--------|-----------|
|  | 2019      | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024   | 2025   |           |
| Índice de Participação em Plenárias (IPP)        |           |      |      |      |      | 40,29% | 40,66% | 42,00%    |
| Índice de Participação em Processos Éticos (IPE) |           |      |      |      |      | 63,55% | 64,47% | 67,00%    |

#### 4.3.9. (OB9) Fortalecer o Engajamento e Participação dos Conselheiros

| Indicadores Estratégicos (KPI)            | Resultado |      |      |      |      |      |      | Meta 2026 |
|---|-----------|------|------|------|------|------|------|-----------|
|   | 2019      | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |           |
| Índice de Participação em Plenárias (IPP) |           |      |      |      |      |      |      | NA        |

## 5. PLANOS DE AÇÃO

### Plano 1 - Manter Sustentabilidade Financeira

| Objetivos Relacionados:               |   |                 | (OB1) (OB5) (OB6)    |                       | Riscos Relacionados  | (R03) (R11) (R13) (R16) (R17) (R19) (R20)           |              |
|---------------------------------------|---|-----------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---|--------------|
| O que será feito                      | Detalhamento das ações  | Responsável     | Quando será iniciado | Quando será concluído | Recursos necessários | Monitoramento das ações                             | Status       |
| 1.1 Reestruturar o setor financeiro   | 1.1.1 Definir profissional para realizar as atividades de contas a pagar  | Tesoureiro      | Após concurso        | jan/2026              | Humano               | Profissional integrado e realizando suas atividades | Concluído    |
| 1.2. Reestruturar o setor de cobrança | 1.2.1 Implementar cobrança em cartório (apoio da TI - integrar sistemas)  | Daniele Azevedo | jan/2026             | set/2026              | Humano/Tecnológico   | Sistema implementado                                | Em andamento |
|                                       | 1.2.2 Colocar o sistema próprio do cartório em funcionamento, fazendo os testes com alguns devedores para iniciar a aplicação do protesto de títulos. |                 |                      |                       |                      |   |              |
|                                       | 1.2.3 Criar manual de cobrança  | Daniele Azevedo | mai/2026             | out/2026              | Humano               | Manual elaborado e aprovado                         | Em andamento |
|                                       | 1.2.4 Realizar monitoramento de inscrição e cobrança na Dívida Ativa da União;  | Tesoureiro      | jan/2026             | out/2026              | Humano/Tecnológico   | Funcionário capacitado e realizando a atividade     | Em andamento |
|                                       | 1.2.5 Designar e capacitar novo funcionário para a realização da atividade  |                 |                      |                       |                      |   |              |

### Plano 2 - Maximizar a Satisfação dos Clientes

| Objetivos Relacionados:  |  |                                       | (OB2) (OB6)          |                       | Riscos Relacionados       | (R07) (R12) (R24) (R26) (R27) (R28) (R30) (R31) (R32) (R34) |              |
|--|--|---------------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|---|--------------|
| O que será feito   | Detalhamento das ações   | Responsável                           | Quando será iniciado | Quando será concluído | Recursos necessários      | Monitoramento das ações                                     | Status       |
| 2.1 .Melhorar os índices de satisfação dos médicos e pessoas jurídicas | 2.1.1. Convocar candidatos aprovados em concurso para desempenho de atividades na tesouraria, fiscalização, informática e registro.        | Diretoria / 1ª Secretaria / RH        | Jan/2026             | jun/2026              | HH e recursos financeiros | Aprovado(a) contratado(a) e em exercício                    | Concluído    |
|  | 2.1.2. Revisar e reduzir, quando possível, os prazos dos serviços prestados aos médicos e pessoas jurídicas                                | Presidência / Informática / Registros | Mar/2025             | Contínuo              | HH                        | Prazos reduzidos  | Em andamento |
|  | 2.1.3. Promover treinamento de Excelência no Atendimento ao Cliente para setores críticos (Registro, Fiscalização, Processos e Tesouraria) | Presidência /RH                       | Fev/2026             | jun/2026              | HH                        | Melhoria do indicador de satisfação dos médicos e PJ        | Concluído    |



|  |  |                           |          |          |  |   |              |
|--|--|---------------------------|----------|----------|--|---|--------------|
|  | 2.1.4. Implantar sistema de atendimento por whatsapp automatizado  | Informática               | Dez/2025 | ago/26   | HH / Recursos financeiros                        | Whatsapp implantado   | Em andamento |
| 2.2. Ampliar o público participante e promover melhorias no programa de Educação Médica Continuada | 2.2.1. Realizar eventos de maior apelo, como simpósios e jornadas<br><br>- 6 cursos fixos com temáticas relevantes planejados (atualização)<br>- 1 simpósio planejado (mês do médico - outubro)  | Roberta / Comissão da EMC | Jan/2026 | Dez/2026 | Recursos financeiros                             | Realização de simpósios e jornadas                            | Em andamento |
|  | 2.2.2. Realizar eventos em que possamos ampliar o público-alvo, pois dessa forma é possível mobilizar imprensa, o que reflete em maior visibilidade das ações do CREMESE   | Roberta / Comissão da EMC | Jan/2026 | Contínuo | Recursos financeiros                             | Ampliação do público alvo/ Maior participação de interessados | Em andamento |
|  | 2.2.3. Promover maior engajamento entre os membros do conselho na divulgação e até mesmo na presença durante os eventos<br><br>- Colocar links de inscrição e informações nos grupos estratégicos com Diretoria e conselheiros;<br>- Envio de e-mail marketing.  | Roberta / Comissão da EMC | Jan/2026 | Contínuo | HH   | Número de conselheiros presentes nos eventos da EMC           | Em andamento |
|  | 2.2.4. Contratar de empresa para realização de cursos como ACLS e PALS, que apesar de oferecer poucas vagas, devido ao custo elevado, garantem repercussão entre a classe médica quanto à iniciativa do Conselho.<br><br>- Buscar renovação do contrato para realização de novas turmas no segundo semestre. | Roberta / Conceição       | Mar/2026 | Dez/2026 | Recursos financeiros                             | Processo de contratação finalizado                            | Concluído    |
|  | 2.2.5. Realizar pesquisa, no momento da inscrição e também nos meios de comunicação do CREMESE para saber do público o que gostaria que fosse abordado nas aulas de EMC  | Roberta / Comissão da EMC | Jan/2026 | Contínuo | HH e Recursos tecnológicos                       | Pesquisa realizada  | Em andamento |
|  | 2.2.6. Criar um calendário de cursos fixos anuais, que possam ser referência entre os médicos e estudantes   | Roberta / Comissão da EMC | Jan/2026 | Contínuo | HH   | Calendário elaborado  | Em andamento |
|  | 2.2.7. Aproveitar datas de oportunidades para realizar os eventos  | Roberta / Comissão da EMC | Jan/2026 | Contínuo | HH, recursos financeiros e recursos tecnológicos | Eventos realizados  | Em andamento |

|   |                           |          |          |                           |                    |                     |
|---|---------------------------|----------|----------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 2.2.8. Parcerias com especialidades e ligas estudantis.       | Roberta / Comissão da EMC | Jan/2026 | Contínuo | HH e recursos financeiros | Eventos realizados | <b>Em andamento</b> |
| 2.2.9. Promover eventos com temas identificados nas pesquisas | Roberta / Comissão da EMC | Jan/2026 | Contínuo | HH e recursos financeiros | Eventos realizados | <b>Em andamento</b> |

### Plano 3 - Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias

| Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias (Susan)  |   | Objetivos Relacionados:                                       | (OB3) (OB6)          |                       | Riscos Relacionados        | (R07) (R12) (R18) (R23) (R24) (R25) (R26) (R27) (R29) (R30) (R31) (R32) (R34) | Status              |
|---|---|---|----------------------|-----------------------|----------------------------|---|---------------------|
| O que será feito  | Detalhamento das ações  | Responsável   | Quando será iniciado | Quando será concluído | Recursos necessários       | Monitoramento das ações   | Status              |
| 3.1. Finalizar todas as sindicâncias físicas  | 3.1.1 Realizar mutirão com o corpo conselhal  | Corregedor / Equipe Corregedoria                              | fev/2025             | dez/2026              | HH                         | Acompanhar, redistribuir e diligenciar relatórios                             | <b>Em andamento</b> |
| 3.2. Realizar julgamentos mensais com as 4 câmaras de Sindicância   | 3.2.1 A cada mês, realizar enquête com os membros de cada camara e definir agenda do mês seguinte   | Presidência / Corregedor / Equipe Corregedoria                | abr/2026             | Contínuo              | HH                         | Agendar, pautar e acompanhar reunião mensal                                   | <b>Em andamento</b> |
| 3.3. Realizar mutirão de atendimento da equipe de Processo aos Conselheiros.  | 3.3.1 Antes da Seção de Julgamento, fazer atendimento personalizado aos conselheiros para orientações diversas (uso do PA-e, validação de senhas etc)   | Equipe de processo e informática                              | mar/2026             | Contínuo              | HH                         | Atendimentos realizados   | <b>Em andamento</b> |
| 3.4. Implantar o Sistema de Comunicação Inteligente - SCRIBA ou similar para realizar a gravação e a transcrição das audiências e Inteligência artificial na elaboração de relatórios | 3.4.1 Encaminhar ofício ao CNJ para verificar a possibilidade de implantação do sistema Scribe gratuitamente no CREMESE ou realizar estudo para aquisição de sistema similar. Contratar ferramenta de inteligência artificial para elaboração de relatórios                                 | Presidência / Corregedor / Equipe Corregedoria / TI           | jul/2026             | jun/2027              | HH e Recursos tecnológicos | Acompanhar implantação e monitorar desempenho                                 |                     |
| 3.5. Elaborar cartilha/treinamento sobre Processos e sindicâncias para os Conselheiros  | 3.5.1 Elaborar cartilha didática para auxiliar os conselheiros no impulsionamento de sindicâncias e processos   | Corregedor / Equipe Corregedoria / Presidência                | jul/2026             | jun/2027              | HH e Recursos tecnológicos | Apresentação do manual para aprovação   |                     |
| 3.6. Contratação de estagiário de Direito para atuar na relatoria de sindicâncias   | Contratar Serviços de agente de integração para admissão de estagiários.  | Presidência / 1ª Sec. / RH / Compras / Equipe da Corregedoria | ago/2026             | dez/2026              | HH e Recursos tecnológicos | apresentação do termo   |                     |
| 3.7. Aquisição de equipamentos e softwares a Corregedoria   | Aquisição 03 computadores, monitores de no mínimo 24" com giro de 360º, um scanner de mesa, 06 licenças de Adobe PDF, Microsoft Office, 01 notebook, Tela Led Interativa 43 Pol, equipamento de videoconferência compatível para realização de julgamentos virtuais no Plenário do CREMESE. | Presidência / 1ª Sec. / RH / Compras / Equipe da Corregedoria | mar/2026             | dez/2026              | HH e Recursos tecnológicos | Contratação através de licitação  | <b>Em andamento</b> |

|   |  |   |          |          |                            |   |  |
|---|--|---|----------|----------|----------------------------|---|--|
| 3.8. Realizar estruturação das salas de audiência e sala de atendimento do Setor de Processos | Instalar computador com impressora na sala de audiência 02, instalar cortinas, realizar manutenção das mesas digitalizadoras e impressoras, instalar mesa e computador na sala de atendimento da Corregedoria. | Presidência / 1ª Sec. / Corregedor / TI / Compras | jul/2026 | mar/2027 | HH e Recursos tecnológicos | realocação de equipamentos e contratação através de licitação |  |
|---|--|---|----------|----------|----------------------------|---|--|

### Plano 4 - Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização

| Objetivos Relacionados:   |  |  | (OB4)                |                       | Riscos Relacionados  | (R02) (R03) (R07) (R10) (R11) (R14) (R15) (R17) (R18) (R23) (R24) (R25) (R27) (R28) (R29) (R31) (R34) |   |
|---|--|--|----------------------|-----------------------|----------------------|---|---|
| O que será feito  | Detalhamento das ações   | Responsável                            | Quando será iniciado | Quando será concluído | Recursos necessários | Monitoramento das ações   | Status  |
| 4.1. Fortalecer ações de Fiscalizações Proativas                              | 4.1.1 Buscar informações junto ao CFM sobre as restrições de fiscalizações apenas por profissionais médicos e atribuições para os agentes de fiscalização.<br>4.1.2 Aguardar resposta da CFM e deliberação da Diretoria. | Fernanda / Coordenador de Fiscalização | Dez/2025             | Jan/2026              | HH                   | Deliberações implementadas  | Concluído. CFM não autorizou a realização de fiscalização por não médico. |
| 4.2. Gerir e monitorar as fiscalizações                                       | 4.2.1 Acompanhar junto à diretoria a sugestão de formação de comissão para acompanhamento das respostas dos fiscalizados.  | Fernanda / Coordenador de Fiscalização | jul/2025             | dez/2026              | HH                   | Decisão da Diretoria implementada   |   |
| 4.3. Divulgar disponibilidade de dados de fiscalizações                       | 4.3.1 Ampliar a divulgação do hotsite de fiscalização  | Fernanda / Roberta                     | jan/2026             | Contínuo              | HH                   | Publicações em redes sociais e matérias jornalísticas   | Em andamento  |
| 4.4. Melhorar o atendimento às resoluções do CFM quanto às Diretorias Médicas | 4.4.1 Fortalecer operação periódica para regularização de Direções Técnicas e Clínicas   | Fernanda                               | jan/2026             | Contínuo              | HH                   | Sistemática implementada  | Em andamento  |
|   | 4.4.2 Fortalecer ações de relacionamento com os Diretores Técnicos   | Coordenador de Fiscalização            | jan/2026             | Contínuo              | HH                   | Sistemática implementada  | Em andamento  |
| 4.5. Melhorar a efetividade das ações da CODAME                               | 4.5.1 Aprimorar plano de comunicação junto à ASCOM   | Fernanda / Roberta                     | jan/2026             | Contínuo              | HH                   | Sistemática implementada  | Em andamento  |
|   | 4.5.2 Adotar a utilização da plataforma de fiscalização para emissão de análise pela CODAME  | CODAME                                 | jan/2026             | Contínuo              | HH                   | Sistemática implementada  | Em andamento  |

**Plano 5 - Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial**

| Objetivos Relacionados:   |   |                   | (OB5)                |                       | Riscos Relacionados  | (R01) (R02) (R07) (R08) (R09) (R11) (R17) (R18) (R26) (R27) (R28) (R30) (R32) (R34) |              |
|---|---|-------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---|--------------|
| O que será feito  | Detalhamento das ações  | Responsável       | Quando será iniciado | Quando será concluído | Recursos necessários | Monitoramento das ações   | Status       |
| 5.1. Promover o aperfeiçoamento e a agilidade dos serviços disponibilizados online                                | 5.1.1 Manter atualizado o catálogo de serviços  | Alysson / Alfredo | Em andamento         | Contínuo              | HH / Tecnológicos    | Indicador de serviços realizados online   | Em andamento |
| 5.2. Aumentar a capacidade de execução de todas as demandas recebidas   | 5.2.1 Aprimorar subdivisão de responsabilidade do Setor de Registros PF / RQE e PJ                                  | Alfredo           | Em andamento         | Contínuo              | HH                   | Setor subdivido nas atividades  | Em andamento |
|   | 5.2.2 Monitorar fluxo de recebimento de serviços e capacidade de execução   | Alfredo / Alysson | Em andamento         | Contínuo              | HH                   | Relatório de Monitoramento  | Em andamento |
| 5.3. Acompanhar a demanda de serviços para ajuste na força de trabalho  | 5.3.1 Fazer levantamento com base nos indicadores, incluindo as novas empresas que foram cadastradas no ano de 2025 | Alfredo           | dez/2025             | Contínuo              | HH                   | Levantamento realizado  | Em andamento |
| 5.4. Realizar reuniões periódicas e treinamentos para melhorar as informações passadas sobre o portal de serviços | 5.4.1 Verificar com a informática, em duas turmas, para treinamento a cada 3 meses.                                 | Alfredo           | jan/2026             | Contínuo              | HH                   | Pessoal capacitado  | Em andamento |
|   | 5.4.2 Fazer articulação com o RH para registros dos treinamentos  |                   |                      |                       |                      |   |              |
| 5.5. Solicitar ajustes nas configurações do sistema para não gerar demandas duplicadas ou indevidas               | 5.5.1 Identificar as situações que geram demandas indevidas   | Alfredo / Alysson | jan/2026             | Contínuo              | HH                   | Sistema ajustado  | Em andamento |
|   | 5.5.2 Registrar e solicitar correção junto ao CFM   |                   |                      |                       |                      |   |              |
| 5.6. Utilização do certificado de regularidade automático   | 5.6.1 Solicitar ao CFM a mudança no sistema para automatização do serviço   | Alfredo / Alysson | set/2026             | jan/2027              | HH                   | Chamado aberto  |              |

**Plano 6 - Promover o Desenvolvimento Profissional**

| Objetivos Relacionados:  |  |                      | (OB6) Promover o Desenvolvimento Profissional |                       | Riscos Relacionados       | (RISC.07) (RISC.12)                   |        |
|--|--|----------------------|---|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------|
| O que será feito   | Detalhamento das ações                             | Responsável          | Quando será iniciado                          | Quando será concluído | Recursos necessários      | Monitoramento das ações               | Status |
| 6.1. Aprovar e implantar o Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) | 6.1.1. Apreciação da minuta do PCCS pela Diretoria | Melba / Presidência  | out/2026                                      | nov/2027              | HH                        | Aprovação do documento pela Diretoria |        |
|  | 6.1.2. Envio ao Plenário para deliberação          | Diretoria / Plenário | nov/2027                                      | dez/2027              | HH                        | Aprovação do documento pelo Plenário  |        |
|  | 6.1.3. Implantação                                 | Presidência / RH     | Jan/2027                                      | dez/2027              | HH e recursos financeiros | PCCS implantado                       |        |

|  |   |               |          |          |                           |  |                     |
|--|---|---------------|----------|----------|---------------------------|--|---------------------|
| 6.2. Realizar avaliação de desempenho  | 6.2.1 Realizar todas as etapas da avaliação de desempenho, de acordo com o estabelecido no PCCS                                       | Conforme PCCS | set/2027 | Set/2028 | HH                        | Indicador monitorado e meta para 2027 definida |                     |
| 6.3. Realizar eventos (palestras, seminários) voltados para o desenvolvimento de habilidades no ambiente de trabalho | 6.3.1 Buscar profissionais e temas relacionados ao ambiente de trabalho<br>6.3.2 Planejar eventos para o primeiro e segundo semestres | Viviane       | out/2025 | Contínuo | HH e recursos financeiros | Calendário proposto                            | <b>Em andamento</b> |
| 6.4. Implementação de Plano Odontológico para os colaboradores   | 6.4.1 Definir metodologia<br>6.4.2 Aprovação da Diretoria<br>6.4.3 Implementação do Plano   | Viviane       | jun/2026 | mar/2027 | HH e recursos financeiros | Plano implementado                             | <b>Em análise</b>   |

### Plano 7 - Fortalecer a Interação com os Médicos

| Objetivos Relacionados:                    |   |                   | (OB7) Fortalecer a Interação com os Médicos |                       | Riscos Relacionados  |                         |                     |
|--|---|-------------------|---|-----------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
|  | Detalhamento das ações  | Responsável       | Quando será iniciado                        | Quando será concluído | Recursos necessários | Monitoramento das ações | Status              |
| 7.1. Melhorar a comunicação com os médicos | 7.1.1 - Contratação de empresa para produção de material audiovisual que serão utilizados nos canais de comunicação do Conselho, melhorando a qualidade do conteúdo ofertado e, dessa forma, chamando mais atenção do nosso público-alvo. | Roberta / Compras | jan/2027                                    | mai/2027              | Recursos financeiros | Empresa contratada      |                     |
|  | 7.1.2 - Produzir relatórios com o alcance das publicações das redes sociais para avaliar o interesse dos médicos nas publicações  | Roberta           | jul/2026                                    | dez/2026              | HH                   | Relatórios divulgados   |                     |
|  | 7.1.3 - Realizar postagens que promovam mais interação com o médico como, por exemplo, pesquisas e perguntas e respostas  | Roberta           | jan/2026                                    | Dez/2026              | HH                   | Postagens realizadas    | <b>Em andamento</b> |
|  | 7.1.4 - Viabilizar a implementação do serviço de whatsapp   | Alysson / Compras | jul/2026                                    | dez/2026              | Recursos financeiros |                         | <b>Em andamento</b> |

### Plano 8 - Fortalecer o Engajamento e Participação dos Conselheiros

| Objetivos Relacionados: |                        |             | (OB8) Fortalecer o Engajamento e Participação dos Conselheiros |                       | Riscos Relacionados  |                         |        |
|-------------------------|------------------------|-------------|--|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------|
| O que será feito        | Detalhamento das ações | Responsável | Quando será iniciado   | Quando será concluído | Recursos necessários | Monitoramento das ações | Status |

|  |  |                         |          |          |    |  |                     |
|--|--|-------------------------|----------|----------|----|--|---------------------|
| 8.1. Conversar com os conselheiros sobre a importância de participar das atividades desenvolvidas na instituição | 8.1.1 Convidar os conselheiros para participar das Reuniões de Diretoria, Corregedoria e Fiscalização, a fim de conscientizá-los sobre a importância de participarem das atividades desenvolvidas na instituição   | Presidência / Diretoria | dez/2024 | Contínuo | HH | Maior participação dos conselheiros nas atividades                                 | <b>Em andamento</b> |
| 8.2. Divulgar os indicadores IPP e IPE para os conselheiros  | 8.2.1 Encaminhar os resultados dos indicadores para os conselheiros por e-mail e whatsapp, mensalmente, após a apuração da frequência  | Presidência / Diretoria | nov/2025 | Contínuo | HH | Maior frequência dos conselheiros nas plenárias e julgamentos dos processos éticos | <b>Em andamento</b> |
| 8.3. Criar sistemática para avaliação da produtividade individual dos conselheiros                               | 8.3.1 Fazer benchmarking com o processo realizado pelo CFM, incluindo:<br>- Quantidade de relatórios de sindicâncias e processos;<br>- Quantidade de atos processuais realizados;<br>- Quantidade de processos conclusos para julgamento;<br>- Quantidade de processos julgados;<br>- Participação em fiscalizações;<br>- Participação em Comissões e/ou Câmaras Técnicas. | Presidência / Diretoria | set/2026 | Contínuo | HH | Melhoria da produtividade dos conselheiros   |                     |

### Plano 9 - Melhorar a Maturidade em Governança de TI

| Objetivos Relacionados:  |   |             | (OB9) Melhorar a Maturidade em Governança de TI |                       | Riscos Relacionados       | (RISC.07)                     |                     |
|--|---|-------------|---|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------|
| O que será feito   | Detalhamento das ações  | Responsável | Quando será iniciado                            | Quando será concluído | Recursos necessários      | Monitoramento das ações       | Status              |
| 9.1. Fazer a primeira avaliação do índice de maturidade em TI para verificação da situação atual | 9.1.1 Aplicar questionário de avaliação de maturidade de dados;<br>9.1.2 Atualizar plano estratégico com o resultado de 2025 e definição de meta para 2026. | Alysson     | ago/2026  | dez/2026              | Humano                    | Índice de maturidade definido |                     |
| 9.2. Aumentar velocidade do link dedicado  | 9.2.1 Verificar orçamento para aumento da velocidade;<br>9.2.2 Providenciar aumento da velocidade.  | Alysson     | abr/2026  | set/2026              | HH e recursos financeiros | Link estabelecido             | <b>Em andamento</b> |
| 9.3. Implementação de nova tecnologia para telefonia   | 9.3.1 Implementar nova tecnologia já adquirida  | Alysson     | nov/2025  | fev/2026              | HH e recursos financeiros | Nova tecnologia implementada  | <b>Realizado</b>    |

|                                      |  |         |          |          |                           |                       |                     |
|--------------------------------------|--|---------|----------|----------|---------------------------|-----------------------|---------------------|
| 9.4. Renovação do Parque Tecnológico | 9.4.1 Aquisição de Hardware<br>9.4.2 Aquisição de Software | Alysson | jan/2026 | dez/2026 | HH e recursos financeiros | Aquisições realizadas | <b>Em andamento</b> |
|--------------------------------------|--|---------|----------|----------|---------------------------|-----------------------|---------------------|

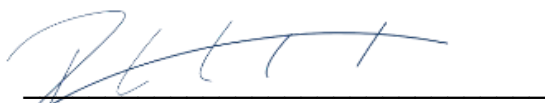
### Plano 10 - Jurídico

| Objetivos Relacionados:         |                        |             | (OB8) Fortalecer o Engajamento e Participação dos Conselheiros |                       | Riscos Relacionados       |                         |        |
|---------------------------------|------------------------|-------------|--|-----------------------|---------------------------|-------------------------|--------|
| O que será feito                | Detalhamento das ações | Responsável | Quando será iniciado   | Quando será concluído | Recursos necessários      | Monitoramento das ações | Status |
| 10.1. Contratação de Estagiário | Interação com CIEE     | Claudia     | nov/2026   | jun/2027              | HH e recursos financeiros | Contratação realizada   |        |

### Plano 11 - Execução do Plano de Contratação

| Objetivos Relacionados:  |  |             | (OB1) Manter Sustentabilidade Financeira |                       | Riscos Relacionados  |   |  |
|--|--|-------------|--|-----------------------|----------------------|---|--|
| O que será feito   | Detalhamento das ações   | Responsável | Quando será iniciado                     | Quando será concluído | Recursos necessários | Monitoramento das ações   | Status                                     |
| 11.1. Contratação da empresa responsável pela manutenção predial   | 11.1.1 Incluir previsão no orçamento;<br>11.1.2 Nomear equipe de planejamento de contratação (EPC);<br>11.1.3 Realizar pregão.   | Conceição   | jan/2026                                 | set/2026              | Financeiro e humanos | Resultado do processo de contratação / Desenvolvimento das tarefas da EPC | <b>EPC iniciou 12/01/26 - em andamento</b> |
| 11.2. Definir equipe específica e especializada para elaboração dos documentos necessários para os processos de licitações | 11.2.1 Verificar, no plano de contratação, as licitações críticas;<br>11.2.2 Identificar pessoas com a habilidade necessária para a função   | Melba       | dez/2025                                 | Contínuo              | Humanos              | Equipe designada  |  |
| 11.3. Capacitação da equipe  | 11.3.1 Buscar capacitação para especialização da equipe;<br>11.3.2 Articular com o RH o planejamento e execução das capacitações identificadas;<br>11.3.3 Realizar capacitações para equipe nomeada. | Conceição   | jan/2026                                 | Contínuo              | Financeiro e humanos | Serviço contratado - execução em 20 a 24 e 27 de julho de 2026.           | <b>Em andamento</b>                        |

Aracaju – SE, 25 de junho de 2026.



Romeu Soares de Alencar  
 Diretor RS2 CONSULTORIA  
 rs2@rs2.com.br