

- Cada um dos itens da prova objetiva está vinculado ao comando que imediatamente o antecede. De acordo com o comando a que cada um deles esteja vinculado, marque, na **Folha de Respostas**, para cada item: o campo designado com o código C, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código E, caso julgue o item **ERRADO**. Para as devidas marcações, use a **Folha de Respostas**, único documento válido para a correção da sua prova objetiva.
- Os itens desta prova deverão ser resolvidos exclusivamente à luz das apostilas do Curso de Formação, deixando-se de parte quaisquer divergências entre estas e outras fontes.
- Eventuais espaços livres — identificados ou não pela expressão “**Espaço livre**” — que constarem deste caderno de prova poderão ser utilizados para rascunho.

## -- PROVA OBJETIVA --

A respeito da evolução histórica do sistema de saúde brasileiro a partir da terceira década do século XX, julgue os itens a seguir.

- 1 A síntese da evolução histórica do sistema de saúde demonstra que, embora tenha havido um processo gradativo de expansão da cobertura e da universalização, para o qual contribuíram medidas como o fim da exigência de apresentação da carteira de trabalho para atendimento, o financiamento insuficiente gerou certa precarização dos serviços.
- 2 Anteriormente à reforma sanitária, o financiamento da saúde era suportado por trabalhadores formais e empregadores, tendo o governo passado a contribuir somente após a criação do SUS, por meio de impostos gerais.
- 3 Na vigência do SUS, grupos privados passaram a atuar no campo da saúde complementar de maneira independente do Estado, com recursos próprios dos segurados — em sua maioria trabalhadores formais — e subsídios das empresas empregadoras.
- 4 Na evolução da organização do sistema de saúde, houve a mudança do modelo de seguro social para o de seguridade social, em que o direito à saúde passou a ser integrado ao da previdência e ao da assistência social.
- 5 Mesmo com a criação do SUS, que resultou na universalização do acesso à assistência médica, o sistema de seguros da iniciativa privada recebeu numerosa adesão de trabalhadores formais para a saúde suplementar.

Com relação a aspectos relativos à saúde suplementar no Brasil, julgue os itens seguintes.

- 6 A taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por unidades da Federação brasileira é maior em estados do Sudeste.
- 7 Os beneficiários dos planos de saúde de assistência médica têm migrado para o tipo hospitalar, que representa atualmente quase a metade do total, tendo em vista o aumento do valor das mensalidades.
- 8 Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000, houve aumento do número de registros de operadoras de saúde no Brasil.

Julgue os itens a seguir, relativos a saúde coletiva e qualidade em saúde.

- 9 O modelo de atenção, praticado hegemonicamente na saúde suplementar, constituiu-se ao longo dos anos de maneira fragmentada, pois foi organizado de forma aleatória, a partir da oferta de serviços e não das necessidades de saúde mapeadas, com foco na atenção curativa baseada no modelo médico.
- 10 Para aprimorar o modelo de saúde tradicional no Brasil, a ANS implementou políticas que incluem programas de promoção de saúde, certificação de boas práticas e acreditação de operadoras, com o objetivo de garantir um cuidado mais integrado, eficiente e centrado no paciente.
- 11 Incidência e prevalência são indicadores de saúde, ou seja, medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões da situação sanitária de uma população.
- 12 A transição demográfica, que ajuda a moldar os perfis de saúde e doença de uma população, pode ser verificada pelas mudanças nas taxas de natalidade e de mortalidade.
- 13 A pirâmide etária da população brasileira, resultado da transição demográfica, apresenta padrão típico de população em envelhecimento, muito semelhante ao padrão observado na pirâmide de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, pois os idosos são os que mais necessitam de assistência médica.
- 14 A classificação tradicional de doenças (etiopatogenia) em agudas transmissíveis e crônicas não transmissíveis não se mostra a mais adequada quando se trata de gestão em saúde para a organização de redes de atenção à saúde (RAS), pois certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas.

Julgue os itens a seguir, com base na Lei n.º 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde.

- 15 No caso de lesão ou doença preexistente de beneficiário, é vedado acréscimo ao valor da contraprestação pecuniária do plano de saúde, ainda que seja de natureza temporária, como alternativa à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária.
- 16 A partir dessa lei, o índice de atualização de planos coletivos de saúde deve ser estipulado pela ANS, e o de planos individuais deve ser fixado por livre negociação das partes.

Com relação ao processo administrativo sancionador na ANS, julgue os itens seguintes.

- 17 Na aplicação de sanção à operadora de plano de saúde, é possível a ocorrência concomitante, em relação ao mesmo evento, de circunstâncias agravantes e atenuantes.
- 18 Como regra geral, no âmbito do processo administrativo sancionador na ANS, as intimações e notificações são realizadas por meio de correspondência entregue em domicílio pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.
- 19 Como regra, a prescrição para a ANS exercer o poder punitivo conta-se a partir do conhecimento do fato pela agência.
- 20 É vedada a reparação voluntária e eficaz (RVE) se já houver ocorrido a notificação do ente regulado, pela ANS, certificando-o da conduta irregular.
- 21 A revisão administrativa só é cabível quando houver circunstância relevante ou fatos novos que justifiquem a inadequação da aplicação da sanção, não cabendo revisão administrativa para agravar a sanção aplicada.
- 22 Cumpridos os requisitos objetivos, o ente regulado faz jus ao desconto de 20% no valor da multa a ele imposta pela infração cometida, sendo a petição que solicita o desconto considerada confissão da ilicitude da conduta.

No que concerne à disciplina jurídica atinente ao ressarcimento ao SUS, julgue os itens a seguir.

- 23 Em recurso que questione a determinação de ressarcimento ao SUS, caso a operadora alegue mais de um motivo que permita o deferimento, o servidor da ANS deve emitir parecer específico e fundamentado em relação a cada alegação da operadora.
- 24 No caso de a operadora não efetuar o pagamento do valor devido a título de ressarcimento ao SUS, o débito deve ser inscrito em dívida ativa e no cadastro informativo de créditos não quitados do setor público federal (CADIN), podendo haver acréscimos e encargos legais.
- 25 É competência da gerência-executiva de integração e ressarcimento ao SUS coordenar as atividades relativas à homologação de aviso de beneficiário identificado (ABI).

Com base na lei de criação e estrutura da ANS, bem como na Lei das Agências Reguladoras, julgue os itens a seguir.

- 26 No que tange às matérias de caráter regulatório, o processo decisório da ANS ocorre por meio de deliberação da diretoria colegiada por maioria absoluta dos votos de seus membros.
- 27 Compete à diretoria de desenvolvimento setorial fomentar a integração entre o segmento de saúde suplementar e o SUS.

No que concerne à relação de consumo na saúde suplementar, bem como à articulação institucional perante órgãos do sistema nacional de defesa do consumidor, julgue os itens seguintes.

- 28 O Programa Parceiros da Cidadania tem o intuito de se articular com instituições para levar ao consumidor informações que possam auxiliá-lo na contratação e no relacionamento ao longo de um contrato de plano de saúde.
- 29 O Código de Defesa do Consumidor deve ser utilizado como matriz interpretativa da Lei n.º 9.656/1998 e prevalece em caso de conflito entre os diplomas normativos.

Acerca da ética e da integridade no âmbito da administração pública federal, julgue o item a seguir.

- 30 No que se refere ao processo administrativo disciplinar, utiliza-se o rito sumário exclusivamente para apurar responsabilidade de servidor público federal no caso das infrações de acúmulo ilegal de cargos públicos, de inassiduidade habitual ou de abandono de cargo.

Julgue o seguinte item, relativo ao planejamento estratégico da ANS.

- 31 O plano estratégico da ANS deve ser quadrienal, compatível com o plano plurianual (PPA), aprovado pela Diretoria Colegiada e revisado periodicamente, com vistas à implementação eficiente das metas estabelecidas e à avaliação constante de resultados.

No que diz respeito à ciência comportamental, julgue os próximos itens.

- 32 Segundo a teoria da racionalidade limitada, o processo de tomada de decisão humana tende a ser racional, fundamentado na avaliação adequada de custos e benefícios disponíveis e independente de condições contextuais, tais como tempo e qualidade de dados.
- 33 A economia comportamental estuda como fatores psicológicos, sociais e emocionais influenciam decisões econômicas, contrapondo-se a premissas da economia tradicional acerca da racionalidade humana.
- 34 A ciência comportamental, ao ser aplicada às políticas públicas, permite que os reguladores compreendam as limitações cognitivas dos cidadãos e intervenham de forma ética e empática, porém o uso de *nudges* restringe a liberdade de escolha dos indivíduos.

A respeito da análise de impacto regulatório (AIR) e da avaliação de resultado regulatório (ARR), julgue os itens a seguir.

- 35 De acordo com o Decreto n.º 10.411/2020, são três as possíveis justificativas para a realização de avaliação de resultado regulatório: ampla repercussão na economia; impacto significativo em organizações; e tratamento de matéria relevante para a agenda estratégica do órgão.
- 36 Antes de propor soluções para o problema regulatório, o regulador deve delinear claramente os objetivos que pretende alcançar, visto que, sem isso, é impossível identificar as alternativas de ação, compará-las de forma objetiva e avaliar qual é a mais efetiva.

Julgue os itens que se seguem, no que concerne à teoria da regulação aplicada à saúde suplementar.

- 37 Tratando-se de economia de escopo, a verticalização é considerada um fenômeno natural no setor de saúde suplementar, e a definição legal de plano privado de assistência à saúde engloba a garantia da assistência à saúde pela intermediação de serviços de saúde, pelo reembolso de despesas ou pela prestação direta de serviços.
- 38 O modelo ideal para a estrutura de mercado da saúde suplementar seria o modelo de competição perfeita, em que um grande número de vendedores encontraria um pequeno número de compradores; não haveria barreiras à entrada de novos vendedores; e os produtos seriam homogêneos.
- 39 A intervenção estatal sobre a atividade das operadoras de planos de saúde restringe-se ao campo econômico, mediante incentivo à concorrência e à eficiência econômica, e ao social, por meio da definição de objetivos socialmente relevantes.
- 40 Na dimensão geográfica do método de determinação do mercado relevante, o raio de deslocamento é analisado tanto pelo lado da oferta quanto pelo da demanda, considerando-se, neste, a propensão de deslocamento do demandante por produto ou serviço mais barato, em reação a um aumento de preço.

No que concerne aos planos de saúde fiscalizados pela ANS, julgue os itens subsequentes.

- 41** Nos casos de suspensão de plano de saúde a pedido da operadora, além da possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filho do titular, bem como beneficiários em gozo do direito de aposentado e demitido, também poderão ser incluídos novos beneficiários nos contratos coletivos já firmados, vinculados à pessoa jurídica contratante.
- 42** A prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais caracteriza o plano de saúde como prestação de serviço de assistência à saúde, que cobre estritamente os atendimentos necessários ao tratamento e restabelecimento da saúde de seu beneficiário.
- 43** Os titulares de plano de saúde antigo, isto é, aquele contratado antes da vigência da Lei n.º 9.656/1998, puderam, após a referida lei, optar por continuar no respectivo plano, mas esses planos deixaram de ser comercializados, somente sendo permitida a inclusão de novo cônjuge, dos filhos e dos genitores do titular, desde que com idade superior a 65 anos.

Acerca das características dos planos de saúde no âmbito da regulação da estrutura de produtos feita pela ANS, julgue os itens a seguir.

- 44** Na formação do preço de assistência à saúde, o rateio ocorre quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total ou parcial das despesas assistenciais exclusivamente entre aqueles que usaram os serviços.
- 45** Se o plano de saúde somente cobrir acomodação coletiva e não houver leito disponível em enfermaria no momento de internação de beneficiário, a operadora deverá garantir-lhe acomodação individual, se houver vaga, sem custo adicional.
- 46** No plano de saúde que oferece apenas cobertura ambulatorial, os atendimentos de urgência/emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento, e, caso o beneficiário precise de internação antes das 12 primeiras horas, ele pode optar por arcar com as despesas de internação de maneira particular ou ser removido para o SUS.
- 47** Nos casos de internação psiquiátrica, é vedado à operadora de plano de saúde cobrar coparticipação sobre percentual do valor de atendimento.

No que se refere à notificação de intermediação preliminar (NIP) no contexto da ANS, julgue os itens seguintes.

- 48** Em geral, uma vez cadastrada a demanda de reclamação em um dos canais oficiais de atendimento da ANS, é gerada notificação automática à operadora, que tem até 15 dias úteis para entrar em contato com o beneficiário, a fim de solucionar o conflito, e o mesmo prazo para responder à ANS.
- 49** O procedimento da NIP evoluiu ao longo dos anos, tendo iniciado com projeto piloto, de adesão voluntária das operadoras, exclusivamente operado por *email*, destinado apenas a tratar casos de demandas de natureza assistencial, e hoje estendendo-se a todos os casos passíveis de mediação.
- 50** As demandas com resposta de solução ou não respondidas pelos beneficiários são inativadas, podendo ser reabertas e revistas a qualquer tempo, e aquelas com retorno de não solução são encaminhadas para análise e classificação pela equipe de servidores designados.

Julgue os itens que se seguem, quanto ao contato e ao cadastro de reclamação junto à ANS.

- 51** Quando há atendimento fora da rede credenciada, o reembolso somente é obrigatório quando houver previsão no contrato, sendo exceções os casos de urgência/emergência em que não seja possível usar a rede credenciada e haja ausência/indisponibilidade de rede dentro dos prazos legais.
- 52** O Disque ANS é operado por empresa contratada exclusivamente para esse fim e está sob a supervisão da Ouvidoria da ANS.
- 53** Os subtemas relacionados às demandas de cobertura de planos de saúde compreendem a adaptação e a migração contratuais; a contratação, a adesão e a vigência; os casos de demitidos, exonerados e aposentados; e os documentos de entrega obrigatória.

A respeito da política de preços e reajustes e das regras prudenciais aplicáveis ao setor de saúde suplementar, julgue os itens subsequentes.

- 54** Nos planos coletivos, o reajuste anual por variação de custos decorre, em regra, da livre negociação entre as partes, cabendo à ANS monitorar a evolução dos preços.
- 55** A regulação prudencial compreende garantias econômico-financeiras, isto é, regras de capital e de ativos, destinadas a mitigar a possibilidade de a operadora dispor de recursos insuficientes para suportar os riscos de sua operação.
- 56** A nota técnica de registro de produto (NTRP) é o documento que justifica a formação inicial dos preços dos planos de saúde por meio de cálculos atuariais, constituindo instrumento para garantir que os preços dos planos de saúde sejam calculados de forma técnica e não arbitrados ou definidos de acordo com o preço da operadora concorrente.
- 57** O reajuste por variação de faixa etária, que ocorre sempre que o beneficiário atinge uma idade que represente o início de uma nova faixa etária, depende de autorização prévia da ANS de forma a garantir o pacto entre gerações.
- 58** Nos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, as operadoras devem reunir os contratos em agrupamento único para aplicação do mesmo percentual anual de reajuste, mecanismo conhecido como *pool* de risco.

Considerando as regras prudenciais e os principais conceitos da regulação econômico-financeira na saúde suplementar, julgue os itens seguintes.

- 59** A consolidação do mercado de planos de saúde, na década de 1990, iniciou o debate político acerca da necessidade de intervenção estatal no setor de saúde suplementar, o que culminou no marco regulatório instituído a partir da Lei n.º 9.656/1998.
- 60** No mercado de planos de saúde, o risco moral decorre, em regra, do fato de indivíduos com menor risco não enxergarem benefícios em arcar com os custos fixos dos planos, o que pressiona os preços médios para cima.
- 61** Entre as falhas de mercado características do setor de saúde suplementar, incluem-se a assimetria de informação, o risco moral e a seleção adversa.
- 62** É facultado à operadora alienar livremente os ativos garantidores registrados na ANS, desde que haja posterior recomposição do valor correspondente às provisões técnicas.
- 63** O capital regulatório corresponde ao limite mínimo de patrimônio líquido ajustado que a operadora deve observar, sendo apurado, em regra, pelo maior valor entre o capital base e o capital baseado em riscos.

À luz da regulação econômico-financeira, julgue os itens a seguir, em relação à cobrança e arrecadação no âmbito da saúde suplementar.

- 64** No que se refere às receitas e aos ingressos da ANS, arrecadação é a entrega dos recursos financeiros pelos contribuintes ou devedores na rede bancária, e recolhimento é a transferência desses valores à conta específica da Secretaria do Tesouro Nacional.
- 65** Em regra, o procedimento de registro de operadora, por si só, é insuficiente para autorizar o início da comercialização ou disponibilização de produtos, sendo necessários também o registro de produtos e a autorização de funcionamento.
- 66** Como regra geral, a operadora registrada na ANS deve ter objeto social exclusivo para atuação com planos de saúde, ressalvadas exceções previstas na regulação, como determinadas entidades com rede própria de atendimento ou as classificadas como autogestões.
- 67** A autorização de funcionamento das operadoras de planos de saúde é concedida sem prazo de validade, embora possa ser cassada caso a operadora deixe de atender às exigências regulatórias.
- 68** O monitoramento econômico-financeiro da ANS baseia-se principalmente em informações obtidas diretamente junto às instituições financeiras em que as operadoras mantêm suas aplicações e contas correntes.

Julgue os itens seguintes, com relação aos elementos das demonstrações financeiras, às normas brasileiras de contabilidade e à análise das demonstrações financeiras.

- 69** Um dos indicadores econômico-financeiros utilizados para a análise das demonstrações contábeis do mercado de saúde suplementar é a sinistralidade, que mostra a relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contraprestações.
- 70** As receitas provocam o aumento do valor do patrimônio líquido, e as despesas provocam sua redução — ressalvadas as devidas exceções em ambos os casos.
- 71** Uma das características básicas das normas internacionais de contabilidade adotadas a partir dos pronunciamentos do Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC) é a prevalência da forma sobre a essência da operação.

Julgue os itens subsequentes, no que concerne à regulação assistencial no âmbito da ANS.

- 72** O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, por constituir a garantia de cobertura assistencial mínima e atualizada, tem aplicação imediata e obrigatória a todos os contratos de planos de saúde vigentes no país, independentemente de terem sido firmados antes da vigência da Lei n.º 9.656/1998 ou de terem sido a ela adaptados.
- 73** Na análise técnica das propostas elegíveis para a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o relatório de análise crítica (RAC) é de responsabilidade dos Núcleos de Avaliação em Tecnologias de Saúde (NATS), sendo a equipe da ANS impedida de participar da redação, para assegurar a isenção da análise.
- 74** Para a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, no que se refere às tecnologias incorporadas pelo SUS que não sejam exclusões legais do referido Rol, são dispensadas etapas do rito processual de atualização, pois tais tecnologias devem ser analisadas e incorporadas em 60 dias, mediante decisão da diretoria colegiada.
- 75** O Plano de Recuperação Assistencial consiste de conjunto de medidas corretivas e de estratégias apresentadas pelas operadoras para sanar anormalidades administrativas graves, devendo indicar as ações propostas, sua forma de execução e o cronograma correspondente, com o estabelecimento de prazos vinculados a projeções mensais.

A respeito da relação entre operadoras de planos de saúde e seus prestadores de serviços, julgue os itens seguintes.

- 76** A ANS estabelece, por meio do QUALISS, critérios de qualificação de caráter compulsório e vinculante para todos os prestadores de serviços, sendo a divulgação de indicadores de acreditação e segurança do paciente uma obrigação legal passível de sanção em caso de descumprimento pelo prestador.
- 77** Com relação ao reajuste dos valores de serviços de prestadores, na falta de acordo entre as partes, o reajuste deve basear-se no índice nacional de preços ao consumidor amplo (IPCA), podendo variar de 115% a 100% desse índice conforme o Fator de Qualidade.
- 78** A transição da assistência à saúde para os cuidados baseados em valor mitiga conflitos entre operadoras e prestadores ao alinhar interesses em torno de um objetivo comum: a entrega de resultados focados nas necessidades do paciente.

Julgue os itens seguintes, quanto às normas e atividades de fiscalização executadas pela ANS.

- 79** A execução de atividades alheias à fiscalização pelos núcleos da ANS independe de aprovação da Diretoria Colegiada, pois os núcleos têm autonomia plena para detalhar e executar planos de trabalho internos, desde que demonstrada a respectiva viabilidade técnica.
- 80** As infrações à Lei n.º 9.656/1998 e aos contratos firmados sujeitam tanto as operadoras quanto seus administradores e conselheiros a penalidades que variam de advertência a cancelamento da autorização de funcionamento, incluindo-se multas pecuniárias entre R\$ 5.000,00 e R\$ 1.000.000,00, conforme a gravidade da infração e o porte econômico da entidade.
- 81** No exercício de sua atividade fiscalizatória, a ANS detém poder coercitivo direto para aplicar as penalidades previstas no Código de Infrações tanto às operadoras de planos de saúde quanto a seus prestadores de serviços, por serem entes regulados.

Acerca dos procedimentos fiscalizatórios de mudança de conduta afetos à ANS, julgue os itens subsequentes.

- 82** As ações planejadas focais têm rito ordinário de alta complexidade, sendo aplicáveis apenas às operadoras de alta complexidade, sendo aplicáveis apenas às operadoras de grande porte que apresentem desempenho insatisfatório em ações preventivas ou posições gravosas em *rankings*, visando ao ajuste operacional pelos próprios agentes de mercado, para reduzir a entrada de reclamações na ANS.
- 83** O termo de compromisso de ajuste de conduta, embora agilize a cobrança por ter força de título executivo extrajudicial, impede a aplicação de quaisquer sanções administrativas pela ANS à operadora durante sua vigência, independentemente de haver novos fatos desabonadores da conduta, relacionados ou não ao objeto da celebração do termo.
- 84** As ações planejadas preventivas de fiscalização constituem a modalidade de menor complexidade, com rito sumaríssimo, aplicável a operadoras de qualquer porte quando o monitoramento da ANS indicar desempenho de reclamações acima da média setorial ou evolução anormal e recente no registro de demandas.
- 85** As ações do Programa de Intervenção Fiscalizatória fundamentam-se no diagnóstico e na correção, pela própria operadora, de falhas operacionais de impacto coletivo e natureza infrativa, visando à satisfação do beneficiário e à redução de reclamações na saúde suplementar.

Acerca de análise de dados e proteção de dados pessoais, julgue os itens a seguir.

- 86** De acordo com as definições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), os dados anonimizados, por serem informações relativas a uma pessoa natural que permitem identificá-la mediante o uso de meios técnicos, são classificados como dados pessoais sensíveis e exigem que o controlador aplique bases legais idênticas às utilizadas para o tratamento de dados sobre saúde ou vida sexual.
- 87** Em bancos de dados, informações em branco (*missing data*) decorrem da falta de informações que não foram coletadas ou geradas pelos sistemas, bem como de falhas na extração dos dados ou nos tratamentos iniciais da base, sendo necessária, em alguns casos, a exclusão total da variável afetada; os *outliers*, por sua vez, são valores muito distantes das demais observações do conjunto, mas não significam que nele contém um erro.

A respeito dos sistemas de informação da ANS, julgue os itens que se seguem.

- 88** O Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) é alimentado mensalmente pelas operadoras de planos privados de saúde, via arquivos em formato XML, e, devido à sua natureza cadastral, os dados nele contidos destinam-se ao controle da carteira de beneficiários, sem relação com processos de cobrança de valores devidos ao poder público por atendimentos na rede hospitalar pública.
- 89** No contexto da ANS, a organização de dados em tabelas é condição suficiente para a configuração de um sistema de informação, o qual deve obrigatoriamente possuir interfaces com o usuário, como telas e relatórios automatizados, para que a informação coletada seja considerada sistematizada.
- 90** O acesso aos sistemas de informação da ANS por servidores e colaboradores pode ocorrer via portal interno, denominado Painel de Sistemas, sendo a concessão de perfis de utilização para novos usuários responsabilidade de cada área de negócio, mediante procedimentos junto à Gerência de Tecnologia da Informação.

Julgue os seguintes itens, referentes a informação em saúde.

- 91** A interoperabilidade entre os sistemas de informação da saúde complementar e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) baseia-se na adoção do padrão internacional FHIR, o qual é voltado para os aspectos semânticos da informação, enquanto o padrão TISS é o instrumento que lida com a interoperabilidade técnica e processual.
- 92** No âmbito da administração pública federal, a governança de dados é compreendida como o exercício de autoridade e controle sobre a gestão de dados como ativos, abrangendo a integração de dados com o Cadastro Base do Cidadão e a promoção do uso estratégico dos dados pelos órgãos do Poder Executivo federal.
- 93** O padrão TISS foi instituído como modelo obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos entre os principais agentes da saúde suplementar.

Em relação à transformação digital e a suas implicações para a ANS, julgue os itens subsecutivos.

- 94** Para que a transformação digital alcance o êxito esperado, as organizações devem priorizar a manutenção de processos de trabalho centralizados em unidades físicas, evitando que a forma do trabalho se torne distribuída ou híbrida.
- 95** A transformação digital nas organizações é caracterizada por mudanças estruturais na forma de operação e entrega de valor, exigindo uma reavaliação estratégica que abranja desde os modelos de negócio e a cultura organizacional até a experiência dos usuários.
- 96** No processo de transformação digital da administração pública, a digitalização de procedimentos burocráticos legados é o foco central da estratégia para criar valor, uma vez que a aplicação de tecnologia a processos antigos garante a evolução da maturidade institucional.
- 97** O Programa de Gestão e Desempenho (PGD), implementado formalmente na ANS, fundamenta-se na lógica da gestão por resultados, estabelecendo uma vinculação direta entre o trabalho realizado pelos participantes e as estratégias organizacionais da ANS.

Um levantamento foi realizado com o objetivo de avaliar os custos dos procedimentos ambulatoriais em determinada unidade de saúde. Para isso, por meio de amostragem aleatória simples, foram coletadas as seguintes informações sobre o valor pago por procedimento ( $X$ , em reais): 50, 60, 70.

Com base na situação hipotética apresentada e nos elementos de estatística básica, julgue os itens a seguir.

- 98** A variância da variável  $X$  é igual a R\$ 20.
- 99** Na amostragem aleatória simples, a população é dividida em grupos distintos, de modo que todos os grupos são contemplados na amostragem; assim, o levantamento em questão é composto por três grupos.
- 100** A variável  $X$  é uma variável quantitativa.

**Espaço livre**