

# DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 23/06/2025 | Edição: 115 | Seção: 3 | Página: 114

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 1/2025

Processo nº 25000.027474/2025-96

A UNIÃO, por intermédio do Ministério da Saúde, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Brasília/DF, inscrito no CNPJ/MF nº 00394544012787, neste ato representado por ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA conforme, publicado no Diário Oficial da União de 10 de março de 2025, torna público o EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO visando à seleção de hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos, integrantes do SUS e habilitados na assistência de alta complexidade em oncologia elegíveis à celebrar TERMO DE COMPROMISSO para o preenchimento de vagas nas modalidades equipamento obsoleto ou casamata vazia, no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS II (PERSUS II), nos termos da Lei nº 13.019/2014, da Lei nº 14.133/2021, do Decreto nº 11.632/2023, bem como pelas demais normas legais e infralegais pertinentes, inclusive regulamentações locais complementares aplicáveis à espécie.

### 1. DO OBJETO

O presente Edital tem por objeto selecionar estabelecimentos de saúde habilitados no SUS, na assistência de alta complexidade em oncologia, para o tratamento dos pacientes com câncer, elegíveis a celebrar TERMO DE COMPROMISSO para o preenchimento de vagas nas modalidades equipamento obsoleto ou casamata vazia, conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 que instituiu o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde II - PERSUS II.

### 2. DO TERMO DE COMPROMISSO

2.1. O Termo de Compromisso tem por objeto estabelecer critérios para a participação dos estabelecimentos de saúde selecionados no Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde II - PERSUS II, instituído pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, nas modalidades de equipamento obsoleto ou casamata vazia.

2.2. O compromisso a ser formalizado visa à atualização e qualificação da oferta dos serviços de radioterapia no SUS, mediante suporte técnico e operacional necessário à modernização das estruturas destinadas ao tratamento dos pacientes com câncer no âmbito do PERSUS II.

### 3. DAS DEFINIÇÕES

3.1. CACON: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, com ou sem serviço de oncologia pediátrica;

3.2. Casamata vazia: casamata desocupada em condições de ser adaptada para receber o equipamento de radioterapia;

3.3. CEBAS: Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social;

3.4. CNEN: Comissão Nacional de Energia Nuclear;

3.5. UNACON: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, com ou sem serviço de radioterapia;

3.6. Déficit assistencial: área macrorregional com insuficiência de equipamentos de radioterapia dada pela baixa quantidade de equipamentos em relação à estimativa de casos novos de câncer, conforme avaliação do Ministério da Saúde.

3.7. Equipamento obsoleto: para fins deste edital é considerado obsoleto o equipamento de radioterapia (acelerador linear ou cobalto) fora de comercialização ou sem suporte técnico oficialmente divulgado pelo seu fabricante (end of service) ou com instrumento de end of service emitido e com 15 ou mais anos de utilização.

3.8. Vazio assistencial: área macrorregional com ausência de equipamentos de radioterapia.



#### 4. DAS INSCRIÇÕES

O prazo de abertura do Formulário de Cadastramento destinado à inscrição dos estabelecimentos de saúde nas modalidades equipamento obsoleto ou casamata vazia, no âmbito do PERSUS II, será de 15 dias úteis, contados a partir da data de publicação deste edital.

#### 5. DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

5.1. Será considerado elegível para participação no PERSUS II, nas modalidades equipamento obsoleto ou casamata vazia, estabelecimentos de saúde prestadores do Sistema Único de Saúde que sejam de natureza jurídica pública ou privada sem fins lucrativos, com Certificação de Entidades Beneficentes (CEBAS) válido e que atendam aos critérios dispostos neste Edital.

##### 5.1.1. Modalidade equipamento obsoleto:

a) Estabelecimento de saúde habilitado como CACON, com Serviço de Oncologia Pediátrica (cod. 17.13), CACON (cod. 17.12); UNACON com Serviço de Radioterapia (cod. 17.07); ou Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar (cod. 17.15) associado a hospital de natureza pública;

b) Possuir equipamento em processo de obsolescência tecnológica e/ou operacional atestado pelo fabricante do equipamento, com mais de 15 (quinze) anos de utilização e que careçam de suporte técnico oficialmente divulgado pelo fabricante;

c) Responsabilizar-se pelas adequações na casamata do equipamento obsoleto por meio de execução das reformas físicas da área, caso aplicável, no prazo máximo de seis meses, prorrogáveis por até igual período, mediante justificativa, contados da publicação do extrato do Termo de Compromisso no Diário Oficial da União pelo Ministério da Saúde;

d) Responsabilizar-se pelo descomissionamento de eventuais equipamentos com fontes radioativas, que porventura estejam instalados;

e) Apresentar Ofício do gestor local do SUS concordando com a participação do estabelecimento de saúde na seleção para a modalidade equipamento obsoleto.

##### 5.1.2. Modalidade casamata vazia:

a) Estabelecimento de saúde habilitado como CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica (cod. 17.13), CACON (cod. 17.12), UNACON sem ou com Serviço de Radioterapia (cod. 17.06 ou 17.07) ou Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar (cod. 17.15) associado a hospital de natureza pública;

b) Responsabilizar-se pelas adequações na casamata vazia por meio de execução das reformas físicas da área, caso aplicável, no prazo máximo de seis meses, prorrogáveis por até igual período, mediante justificativa, contados da publicação do extrato do Termo de Compromisso no Diário Oficial da União pelo Ministério da Saúde;

c) Apresentar Ofício do gestor local do SUS concordando com a participação do estabelecimento de saúde na seleção para a modalidade casamata vazia.

5.2. Aos estabelecimentos de saúde será permitido a participação nas duas modalidades do PERSUS II, equipamento obsoleto e casamata vazia, desde que atendidos os critérios dispostos neste edital.

5.3. Apresentar, devidamente assinado pelo representante legal do estabelecimento de saúde, declaração de disponibilidade financeira para realizar as adequações físicas necessárias na casamata, conforme letra "c" do 5.1.1 ou letra "b" do item 5.1.2.

#### 6. DOS CRITÉRIOS DE INELEGIBILIDADE

Será considerado inelegível a participar do PERSUS II, na modalidade equipamento obsoleto ou casamata vazia, o estabelecimento de saúde que se enquadrar, no mínimo, em um dos seguintes critérios:

I) Estabelecimento de saúde privado com fins lucrativos;

II) Estabelecimento de saúde privado sem fins lucrativos sem CEBAS válido;

III) Estabelecimentos de saúde que estejam contemplados por um convênio ou por qualquer outro programa destinado ao fornecimento de equipamentos de radioterapia pelo Ministério da Saúde, para a substituição do mesmo equipamento; ou



IV) Estabelecimentos de saúde que estejam contemplados por um convênio ou por qualquer outro programa destinado ao fornecimento de equipamentos de radioterapia, pelo Ministério da Saúde, para casamata vazia.

#### 7. DA ORDEM DECRESCENTE DE SELEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

I) Habilitados como CACON ou CACON com serviço de Oncologia Pediátrica nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste;

II) Habilitados como UNACON com ou sem Serviço de Radioterapia nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste;

III) Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar de Saúde associado a estabelecimento de saúde de natureza pública Norte, Nordeste e Centro Oeste;

IV) CACON ou CACON com serviço de Oncologia Pediátrica nas regiões Sul e Sudeste;

V) Habilitados como UNACON com ou sem Serviço de Radioterapia nas regiões Sul e Sudeste;

VI) Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar de Saúde associado a estabelecimento de saúde de natureza pública nas regiões Sul e Sudeste.

#### 8. DOS CRITÉRIOS TÉCNICOS

8.1. A compatibilidade da casamata e a viabilidade de execução técnica-financeira da adequação física deverão ser demonstradas pelo candidato, por meio da apresentação dos seguintes documentos:

a) Licença para operação emitida pela CNEN;

b) Projeto arquitetônico e seus complementares com as medidas, em milímetros, da distância do isocentro do acelerador até todas as paredes internas da casamata, a distância entre o piso e o forro, e o piso e o ponto mais baixo do cinturão primário em PDF.

8.2. Os documentos listados acima e aqueles exigidos no anexo I ou II:

8.2.1. Anexo I - Para a modalidade acelerador linear obsoleto, o estabelecimento de saúde deverá preencher o Formulário para o Chamamento Público na modalidade acelerador linear obsoleto, no Plano de Expansão da Radioterapia no SUS II - PERSUS II, disponível no endereço eletrônico: <https://forms.office.com/r/grxLsApOn0>

8.2.2. Anexo II - Para a modalidade casamata vazia, o estabelecimento de saúde deverá preencher o Formulário para o Chamamento Público na modalidade casamata vazia, no Plano de Expansão da Radioterapia no SUS II - PERSUS II, disponível no endereço eletrônico: <https://forms.office.com/r/HEHKqXSQ2X>

#### 9. DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

9.1. Para análise documental pelo Ministério da Saúde serão consideradas elegíveis as inscrições que apresentarem todos os documentos exigidos no item 8.1 e 8.2 do presente Edital conforme a modalidade proposta.

9.2 As inscrições consideradas elegíveis para substituição de equipamento obsoleto serão pontuadas conforme os seguintes critérios:

Vazio assistencial	Pontuação
Sim	10 pontos
Não	0 ponto

Déficit assistencial	Pontuação
Sim	7 pontos
Não	0 ponto

Natureza Jurídica	Pontuação
Estabelecimento de Saúde público	10 pontos
Estabelecimento de Saúde privado sem fins lucrativos com CEBAS válido	6 pontos



Ano de instalação do equipamento de radioterapia ou casamata vazia construída	Pontuação
Mais de 30 anos de utilização	15 pontos
Casamata Vazia Construída	15 pontos
Entre 20 e 29 anos	12 pontos
Entre 15 e 19 anos	5 pontos

Localização	Pontuação
Região Norte	10 pontos
Região Nordeste	7 pontos
Região Centro Oeste	5 pontos
Região Sul	2 pontos
Região Sudeste	1 ponto

Mediana de produção de radioterapia por equipamento nos últimos 5 anos	Pontuação
Acima de 600 procedimentos	10 pontos
Entre 450 e 599 procedimentos	8 pontos
Entre 300 e 449 procedimentos	6 pontos
Entre 150 e 299 procedimentos	3 pontos
< a 149 procedimentos	0 ponto
Casamata Vazia Construída	Critério não aplicável

9.3. Os estabelecimentos de saúde elegíveis serão classificados em ordem decrescente de acordo com os critérios definidos neste Edital e serão hierarquizados de acordo com a pontuação.

#### 10. DOS CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO REGIONAL

Para efeito de priorização na classificação final, serão atribuídos pontos adicionais às instituições conforme a habilitação no SUS e localização geográfica, observados os seguintes critérios:

Habilitação e Localização	Pontuação
CACON ou CACON com Oncologia Pediátrica - Regiões Norte, Nordeste ou Centro-Oeste	10 pontos
UNACON com ou sem Serviço de Radioterapia - Regiões Norte, Nordeste ou Centro-Oeste	8 pontos
Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar de Saúde associado a estabelecimento de saúde de natureza pública, Nordeste e Centro Oeste	6 pontos
CACON ou CACON com Oncologia Pediátrica - Regiões Sul ou Sudeste	5 pontos
UNACON com ou sem Serviço de Radioterapia - Regiões Sul ou Sudeste	3 pontos
Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar de Saúde associado a estabelecimento de saúde de natureza pública nas regiões Sul e Sudeste.	1 ponto

#### 11. DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE

11.1. Em caso de empate na pontuação final, será observada, sucessivamente, a aplicação dos seguintes critérios de desempate:

I) Será dada preferência às propostas enquadradas na modalidade casamata vazia em relação em relação àquelas candidatas a equipamento obsoleto;

II) Será dada prioridade a estabelecimentos de saúde públicos em relação a estabelecimentos de saúde privados sem fins lucrativos com Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) válida.

III) Entre equipamentos obsoletos, será priorizado o estabelecimento de saúde cujo equipamento de radioterapia obsoleto tenha maior tempo de uso comprovado;

11.2. Persistindo o empate após a aplicação dos critérios acima, os casos serão submetidos à avaliação do Comitê Executivo do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS II, com vistas à deliberação final pelo Comitê Gestor do referido Plano.

11.3. Os estabelecimentos de saúde classificados serão submetidos aos Comitês Executivo e Gestor do Plano de Expansão de Radioterapia II para a validação da classificação e divulgação do resultado.



## 12. DO RESULTADO CLASSIFICATÓRIO E DA CONVOCAÇÃO

12.1. O resultado da classificação dos estabelecimentos de saúde será divulgado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, após deliberação do Comitê Gestor do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS II (PERSUS II), no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

12.2. O gestor estadual deverá enviar, por meio de ofício destinado à Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a deliberação favorável da Comissão Intergestores Bipartite - CIB quanto à participação do estabelecimento de saúde na seleção para as modalidades equipamento obsoleto e/ou casamata vazia, no caso dos hospitais contemplados, em até 30 (trinta) dias, após a apresentação do resultado classificatório, observado a necessidade de estar em consonância com o Plano Oncológico Estadual, garantindo que as ações propostas estejam alinhadas às diretrizes e prioridades estabelecidas para o desenvolvimento da assistência oncológica no território estadual;

12.3. O gestor estadual deverá enviar, por meio de ofício destinado à Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a deliberação favorável da Comissão Intergestores Bipartite - CIB quanto à participação do estabelecimento de saúde na seleção para a modalidade equipamento obsoleto e/ou casamata vazia;

12.4. Observada a ordem decrescente de classificação, a Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde poderá promover visitas técnicas a fim de ratificar as informações fornecidas pelos estabelecimentos de saúde, por meio de pareceres técnicos.

12.5. Após parecer favorável do item 12.4, e frente à disponibilidade de equipamentos de radioterapia, os estabelecimentos de saúde serão convocados para assinatura do Termo de Compromisso no Sistema Eletrônico de Informações - SEI, em conformidade com a modalidade escolhida e registrada nos Formulários de Inscrição;

12.6. Caberá recurso no prazo de 10 (dez) dias corridos, contados a partir da data de sua divulgação oficial do resultado. Os recursos deverão ser encaminhados por e-mail para: [plandeexpansao@saude.gov.br], assinados digitalmente pelo representante legal do estabelecimento de saúde.

12.7. A lista de estabelecimentos de saúde classificados também comporá cadastro de reserva, que poderá ser acionado em caso de desistência, inabilitação ou de impossibilidade de cumprimento das condições estabelecidas neste Edital, desde que haja disponibilidade de equipamentos, respeitada rigorosamente a ordem de classificação e os critérios de priorização;

12.8. Na hipótese prevista no item anterior, a convocação de novos estabelecimentos de saúde do cadastro de reserva será divulgada no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

12.9. Fica vedado aos estabelecimentos de saúde selecionados, bem como aos respectivos gestores do SUS, pleitear a alteração da modalidade escolhida e registrada no momento da inscrição, após a homologação do resultado final.

## 13. DA DESCLASSIFICAÇÃO

13.1. Da ausência de encaminhamento do Ofício pelo gestor estadual, no prazo estabelecido, referente à deliberação favorável da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, quanto à participação do(s) estabelecimentos de saúde na seleção para as modalidades equipamento obsoleto e/ou casamata vazia, esta resultará em desclassificação.

13.2. Em caso de parecer desfavorável firmado pelo Comitê Gestor do PERSUS II, o estabelecimento de saúde será desclassificado.

## 14. DO MONITORAMENTO

14.1. Para garantir a eficácia e a transparência na execução das ações do PERSUS II, a Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (CGCAN) implementará o monitoramento logo após a formalização do Termo de Compromisso.

14.2. O monitoramento incluirá medidas proativas para acompanhar continuamente o andamento das atividades, abrangendo desde as interrupções planejadas para o descomissionamento do equipamento obsoleto, as adequações do espaço físico da casamata, a instalação do acelerador linear, até



a retomada das atividades, conforme as exigências específicas de cada modalidade, visando assegurar, desta forma, a continuidade do atendimento aos usuários do SUS.

14.3. O estabelecimento de saúde deverá apresentar cronograma e memorial descritivo da adequação do espaço físico, incluindo o tempo para o descomissionamento do equipamento obsoleto, conforme normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, quando solicitado pela Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

14.4. O estabelecimento de saúde deverá encaminhar, bimestralmente e sempre quando requisitado, relatórios de acompanhamento das adequações dos espaços físicos onde será instalado o novo equipamento, incluindo arquivos fotográficos da evolução da obra física de adequação. O encaminhamento será realizado por meio do e-mail: [planodeexpansao@saude.gov.br](mailto:planodeexpansao@saude.gov.br), e destinado à Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (CGCAN), do Ministério da Saúde.

## 15. DA ENTREGA DO EQUIPAMENTO

Respeitado os termos previsto no item anterior, a entrega do equipamento de radioterapia no âmbito do PERSUS II estará condicionada à validação do Comitê Executivo do PERSUS II.

## 16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. É de inteira responsabilidade do estabelecimento de saúde selecionado a elaboração e execução dos projetos básico e executivo, bem como a realização de todas as adequações físicas necessárias à instalação do equipamento de radioterapia, conforme a modalidade prevista neste Edital, no prazo máximo de 6 (seis) meses, prorrogáveis por até igual período, contados da data de publicação do extrato do Termo de Compromisso no Diário Oficial da União - DOU.

16.2. O estabelecimento de saúde selecionado e priorizado será responsável pela aquisição com recursos próprios de todos os acessórios, insumos, mobiliário e equipamentos complementares necessários ao pleno funcionamento do serviço de radioterapia, que não estejam incluídos na entrega padrão prevista no escopo do PERSUS II.

16.3 O atendimento às propostas priorizadas estará condicionado as disponibilidades orçamentárias e financeiras do Ministério da Saúde.

16.4. Em caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos, entrar em contato por meio do E-mail: [planodeexpansao@saude.gov.br](mailto:planodeexpansao@saude.gov.br) e pelo telefone (61) 3315-6283.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**

Ministro

## ANEXO I

FORMULÁRIO PARA O CHAMAMENTO PÚBLICO NA MODALIDADE ACELERADOR LINEAR OBSOLETO NO PLANO DE EXPANSÃO DA RADIOTERAPIA NO SUS - PERSUS II.

Objetivo: Verificar os estabelecimentos de saúde habilitados ao SUS que se candidatarão a participar do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS - PERSUS II na modalidade equipamento obsoleto (Acelerador Linear ou Cobalto).

Público-Alvo: Estabelecimentos de saúde previstos no Art. 678-C da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5.

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

Região: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Macrorregião de Saúde: \_\_\_\_\_



Município: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Natureza Jurídica:

Pública

Privada sem fins lucrativos - anexar CEBAS válido.

1. O estabelecimento de saúde está habilitado como?

CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica

CACON

UNACON com Serviço de Radioterapia e suas subespecialidades

Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar associado a hospital de natureza pública:  
(nome do hospital)

2. Identificação do responsável

2.1. Representante Legal do Estabelecimento de saúde

Nome:
Função:
Telefone:
E-mail:

Anexar cópia dos seguintes documentos:

RG;

CPF;

Em caso de estabelecimento de saúde público, publicação da nomeação em Diário Oficial;



Em caso de estabelecimento de saúde privado sem fins lucrativos, Ata de nomeação devidamente registrada em cartório.

#### IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

3. Quantos Aceleradores Lineares o estabelecimento de saúde possui?

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

6 ( )

7 ( )

4. Quantos acelerador(es) linear(es) obsoleto(s), com mais de 15 anos de uso, o estabelecimento de saúde possui?

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

6 ( )

4.1. Qual o modelo, marca, número de série e energia de fótons de cada do(s) acelerador(es) linear(es) obsoleto(s) com mais de 15 anos de uso?

-----  
-----  
-----

Anexar relatório fotográfico de cada acelerador(es) linear(es) a ser substituído(s) com no mínimo: área de suporte (Exemplo: local da casa de máquinas, local do chiller), interior da casamata, porta de entrada, sala de comando, do(s) acelerado(es) linear(es) a ser(em) substituído(s).

4.2 Este equipamento possui/possuiu algum dos itens abaixo?

- Elétrons
- realiza 2D
- realiza 3D
- realiza radiocirurgia
- EPID - Portal Eletrônico
- ConeBeam - Tomografia de Feixe Cônico
- IMRT - Radioterapia de intensidade modulada
- VMAT - Radioterapia em Arco Modulado Volumétrico
- Beam stopper - autoblindagem
- IGRT - Radioterapia Guiada por Imagem

5. O estabelecimento de saúde já participa de algum programa para financiamento de um novo acelerador linear, como convênio, PRONON, FAF ou TED com o governo federal para o(s) mesmo(s) equipamento(s)?

Sim; Informar o número do documento correspondente ao financiamento

NUP \_\_\_\_\_;

Não

6. O estabelecimento de saúde já foi contemplado com um acelerador linear por outro tipo de financiamento (doação, recursos próprios, etc.), para o(s) mesmo(s) equipamento(s)?

Sim; Informar dados referentes ao equipamento em aquisição;

Não

#### INFRAESTRUTURA PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO

7. Anexar planta baixa e cortes e medidas do serviço de radioterapia informando a localização da casamata(s) (térreo, subsolo, acima do térreo) em formato PDF.

8. Anexar planta com corte e medidas da sala de tratamento, sala de comando e sala técnica, destacando a(s) casamata(s) com o(s) acelerado(es) linear(es) a ser(em) substituído(s).

#### LAYOUT E ACESSIBILIDADE

9. Informar a medida, em milímetros, da distância do isocentro do acelerador até todas as paredes internas da casamata, distância entre o piso e o forro, e piso e o ponto mais baixo do cinturão primário.

10. Quais a largura e altura, em milímetros, do vão da porta de acesso a casamata?

11. Existe uma porta blindada de acesso a casamata?

Sim

Não

#### CONDIÇÕES DE ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO DA CASAMATA

12. Possui instalação de iluminação?

Sim



Não

13. Possui sistema de ventilação e renovação do ar?

Sim

Não

14. Possui exaustores ou sistema de pressurização?

Sim

Não

#### CARACTERÍSTICAS DA REDE ELÉTRICA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

15. Qual a tensão disponível no local?

127V

220V

380V

Outro: \_\_\_\_\_

16. Qual a tensão de operação do equipamento a ser substituído e a capacidade de carga atualmente disponibilizada para ele em KV? \_\_\_\_\_

17. Qual a frequência da rede elétrica?

60 Hz

outra: \_\_\_\_\_

18. Qual o tipo de alimentação elétrica disponível?

Trifásico

Monofásico

Outro: \_\_\_\_\_

19. Existe mais de um transformador no estabelecimento de saúde?

Sim; Se sim, qual a capacidade (kVA) dos transformadores? \_\_\_\_\_

Não

20. Existe transformador exclusivo para o acelerador linear?

Sim; Se sim, qual a capacidade (kVA) do transformador? \_\_\_\_\_

Não

#### CAPACIDADE E ESTABILIDADE DA REDE

21. A rede elétrica suporta o consumo do serviço de radioterapia?

Sim

Não; Se não, há necessidade de reforço na infraestrutura elétrica?  Sim  Não

22. Qual a potência elétrica disponível para o acelerador linear (kW ou kVA)? \_\_\_\_\_

23. Existe queda de tensão ou oscilações frequentes na rede elétrica?

Sim; Se sim, há estabilizadores ou filtros de linha instalados?  Sim  Não

Não

#### PROTEÇÃO E SEGURANÇA ELÉTRICA

24. O sistema possui disjuntor dedicado para o serviço de radioterapia?

Sim; Se sim, qual a capacidade do disjuntor (A)? \_\_\_\_\_

Não



25. Existe sistema de proteção contra surtos elétricos (DPS - Dispositivo de Proteção contra Surtos)?

Sim

Não

26. A instalação possui aterramento adequado conforme normas técnicas?

Sim

Não

27. Há necessidade de instalação de um estabilizador de tensão?

Sim; Se sim, qual a potência do estabilizador necessária(kVA)? \_\_\_\_\_

Não

#### GERADOR E BACKUP DE ENERGIA

28. A estabelecimento de saúde possui um gerador de energia?

Sim; Se sim, qual a potência do gerador (kVA)? \_\_\_\_\_

Não

29. O gerador é exclusivo para o acelerador linear?

Sim

Não

30. O sistema possui nobreak (UPS) para manter o equipamento ligado em caso de queda de energia?

Sim; Se sim, qual a autonomia do nobreak (minutos)? \_\_\_\_\_

Não

31. O local possui um painel elétrico dedicado para o acelerador linear?

Sim

Não

32. Existe mais de uma subestação no estabelecimento de saúde?

Sim; Quantas() capacidade\_\_\_\_\_

Não

33. Qual a distância em metros aproximada da casamata até a subestação do estabelecimento de saúde?\_\_\_\_\_

#### REFRIGERAÇÃO E CLIMATIZAÇÃO

34. O ambiente possui sistema de ar-condicionado da casamata?

Sim; Se sim, qual a capacidade (BTUs)? \_\_\_\_\_

Não

35. Há necessidade de adequação na climatização da casamata?

Sim

Não

36. Existe um chiller exclusivo para o acelerador linear?

Sim

Não

37. Qual a marca do chiller existente? \_\_\_\_\_

38. Qual a capacidade do chiller (TR - toneladas de refrigeração)? \_\_\_\_\_



39. Qual a vazão de água refrigerada (L/min)? \_\_\_\_\_

40. Qual a temperatura de saída da água? \_\_\_\_\_

#### DISPONIBILIDADE DE REDE DE GASES MEDICINAIS

41. Quais gases medicinais estão disponíveis na casamata?

Oxigênio (O<sub>2</sub>)

Ar Comprimido Medicinal

Nitrogênio (N<sub>2</sub>)

Gás Carbônico (CO<sub>2</sub>)

Vácuo

Outro: \_\_\_\_\_

#### MONITORAMENTO POR CÂMERAS (CFTV)

42. A casamata possui câmeras de monitoramento?

Sim; Se sim, a gravação das imagens é armazenada por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Não

43. O sistema de câmeras é monitorado em tempo real?

Sim

Não

44. As câmeras cobrem todas as áreas críticas, incluindo entrada, saída e sala de controle?

Sim

Não

#### SISTEMA DE ALARMES E SENSORES

45. A casamata possui alarme de emergência?

Sim; Se sim, ele está integrado ao sistema geral da instituição?  Sim  Não

Não

46. Existe detecção de intrusão (sensores de movimento ou presença)?

Sim

Não

47. O acelerador linear possui sensores de segurança para desligamento automático em caso de falha?

Sim

Não

48. Há sensor de radiação para monitoramento de possíveis vazamentos?

Sim

Não

#### SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIOS E EMERGÊNCIAS

49. O local possui sensores de fumaça e calor?

Sim

Não

50. Há extintores de incêndio compatíveis com equipamentos eletrônicos (CO<sub>2</sub>)?

Sim

Não



51. A casamata tem rota de fuga sinalizada e de fácil acesso?

Sim

Não

#### SISTEMA DE REDE DE DADOS

52. Existe no estabelecimento de saúde banco de dados apto para o serviço de radioterapia?

Sim

Não

53. Existe no estabelecimento de saúde suporte de TI para atender o serviço de radioterapia?

Sim

Não

#### DECLARAÇÃO

54. Declaro que todas as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade por elas.

Assinatura do responsável pelo estabelecimento de saúde

#### ANEXO II

#### FORMULÁRIO PARA O CHAMAMENTO PÚBLICO NA MODALIDADE CASAMATA VAZIA NO PLANO DE EXPANSÃO DA RADIOTERAPIA NO SUS II - PER-SUS II

Objetivo: Verificar os estabelecimentos de saúde habilitados ao SUS que se candidatarão a participar do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS - PERSUS II na modalidade Casamata Vazia.

Público-Alvo: Estabelecimentos de saúde previstos no Art. 678-C da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5.

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

Região: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Macrorregião de Saúde: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Natureza Jurídica:

Pública

Privada sem fins lucrativos - anexar CEBAS válido.

1. O estabelecimento de saúde está habilitado como?

CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica

CACON

UNACON com Serviço de Radioterapia e suas subespecialidades

UNACON sem Serviço de Radioterapia e suas subespecialidades

Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar associado a hospital de natureza pública:  
(nome do hospital)

2. Identificação dos responsáveis

2.1. Representante Legal do Estabelecimento de saúde



Nome:
Função:
Telefone:
E-mail:

Anexar cópia dos seguintes documentos:

RG;

CPF;

Em caso de estabelecimento de saúde público, publicação da nomeação em Diário Oficial;

Em caso de estabelecimento de saúde privado sem fins lucrativos, Ata de nomeação devidamente registrada em cartório.

#### IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

3. Quantos Aceleradores Lineares o estabelecimento de saúde possui?

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

6 ( )

7 ( )

4. Quantas casamata vazia, o estabelecimento de saúde possui?

1 ( )

2 ( )

4.1. Existia equipamento nesta casamata?

( ) Sim

( ) Não

4.1.1. Se sim, informar os dados referentes ao(s) equipamento(s):

o O equipamento já foi descomissionado? Sim( ) Não ( )

o Data do descomissionamento:\_\_\_\_\_

o Marca\_\_\_\_\_

o Modelo\_\_\_\_\_

o Número de série\_\_\_\_\_

o Especificar a energia de fótons do equipamento desativado \_\_\_\_\_

o Anexar relatório fotográfico da casamata vazia com no mínimo: área de suporte (Exemplo: local da casa de máquinas, local do chiller), interior da casamata, porta de entrada, sala de comando.

4.1.2. Se não, informar os dados referentes a casamata vazia:

Relatório fotográfico da casamata vazia com no mínimo, área de suporte (Exemplo: local da casa de máquinas, local do chiller), interior da casamata, porta de entrada, sala de comando, para qual equipamento as blindagens foram calculadas.

4.2 O Acelerador Linear desativado possuiu algum dos itens abaixo:

( ) Elétrons

( ) realiza 2D

( ) realiza 3D



- realiza radiocirurgia
- EPID - Portal Eletrônico
- ConeBeam - Tomografia de Feixe Cônico
- IMRT - Radioterapia de intensidade modulada
- VMAT - Radioterapia em Arco Modulado Volumétrico
- Beam stopper - autoblindagem
- IGRT - Radioterapia Guiada por Imagem

5. O estabelecimento de saúde já participa de algum programa para financiamento de um novo acelerador linear, como convênio, PRONON, FAF ou TED com o governo federal para o(s) mesmo(s) equipamento(s)?

- Sim; Informar o número do documento correspondente ao financiamento

NUP \_\_\_\_\_;

- Não

6. O estabelecimento de saúde já foi contemplado com um acelerador linear por outro tipo de financiamento (doação, recursos próprios, etc.), para o(s) mesmo(s) equipamento(s)?

- Sim; Informar dados referentes ao equipamento em aquisição;

- Não

#### INFRAESTRUTURA PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO EM CASAMATA VAZIA

7. Anexar planta baixa e cortes e medidas do serviço de radioterapia informando a localização da casamata(s) (térreo, subsolo, acima do térreo) em formato .PDF ou .DWG.

8. Anexar planta com corte e medidas da sala de tratamento, sala de comando e sala técnica, destacando a(s) casamata(s) com o(s) acelerado(es) linear(es) a ser(em) instalado(s).

#### LAYOUT E ACESSIBILIDADE

9. Informar a medida, em milímetros, da distância do isocentro do acelerador até todas as paredes internas da casamata, e a distância entre o piso e o forro, e piso e o ponto mais baixo do cinturão primário.

10. Quais a largura e altura, em milímetros, do vão da porta de acesso a casamata?

11. Existe uma porta blindada de acesso a casamata?

- Sim

- Não

#### CONDIÇÕES DE ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO DA CASAMATA VAZIA

12. Possui instalação de iluminação?

- Sim

- Não

13. Possui sistema de ventilação e renovação do ar?

- Sim

- Não

14. Possui exaustores ou sistema de pressurização?

- Sim

- Não

#### CARACTERÍSTICAS DA REDE ELÉTRICA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

15. Qual a tensão disponível no local?

- 127V



220V

380V

Outro: \_\_\_\_\_

16. Qual a tensão de operação do equipamento a ser substituído e a capacidade de carga atualmente disponibilizada para ele em KV? \_\_\_\_\_

17. Qual a frequência da rede elétrica?

60 Hz

outra:

18. Qual o tipo de alimentação elétrica disponível?

Trifásico

Monofásico

Outro: \_\_\_\_\_

19. Existe mais de um transformador no estabelecimento de saúde?

Sim; Se sim, qual a capacidade (kVA) dos transformadores? \_\_\_\_\_

Não

20. Existe transformador exclusivo para o acelerador linear?

Sim; Se sim, qual a capacidade (kVA) do transformador? \_\_\_\_\_

Não

#### CAPACIDADE E ESTABILIDADE DA REDE

21. A rede elétrica suporta o consumo do serviço de radioterapia?

Sim

Não; Se não, há necessidade de reforço na infraestrutura elétrica?  Sim  Não

22. Qual a potência elétrica disponível para o acelerador linear (kW ou kVA)? \_\_\_\_\_

23. Existe queda de tensão ou oscilações frequentes na rede elétrica?

Sim; Se sim, há estabilizadores ou filtros de linha instalados?  Sim  Não

Não

#### PROTEÇÃO E SEGURANÇA ELÉTRICA

24. O sistema possui disjuntor dedicado para o serviço de radioterapia?

Sim; Se sim, qual a capacidade do disjuntor (A)? \_\_\_\_\_

Não

25. Existe sistema de proteção contra surtos elétricos (DPS - Dispositivo de Proteção contra Surtos)?

Sim

Não

26. A instalação possui aterramento adequado conforme normas técnicas?

Sim

Não

27. Há necessidade de instalação de um estabilizador de tensão?

Sim; Se sim, qual a potência do estabilizador necessária(kVA)? \_\_\_\_\_

Não

#### GERADOR E BACKUP DE ENERGIA



28. O estabelecimento de saúde possui um gerador de energia?

( ) Sim; Se sim, qual a potência do gerador (kVA)? \_\_\_\_\_

( ) Não

29. O gerador é exclusivo para o acelerador linear?

( ) Sim

( ) Não

30. O sistema possui nobreak (UPS) para manter o equipamento ligado em caso de queda de energia?

( ) Sim; Se sim, qual a autonomia do nobreak (minutos)? \_\_\_\_\_

( ) Não

31. O local possui um painel elétrico dedicado para o acelerador linear?

( ) Sim

( ) Não

32. Existe mais de uma subestação no estabelecimento de saúde?

( ) Sim; Quantas() capacidade\_\_\_\_\_

( ) Não

33. Qual a distância em metros aproximada da casamata até a subestação do estabelecimento de saúde?\_\_\_\_\_

#### REFRIGERAÇÃO E CLIMATIZAÇÃO

34. O ambiente possui sistema de ar-condicionado da casamata?

( ) Sim; Se sim, qual a capacidade (BTUs)? \_\_\_\_\_

( ) Não

35. Há necessidade de adequação na climatização da casamata?

( ) Sim

( ) Não

36. Existe um chiller exclusivo para o acelerador linear?

( ) Sim

( ) Não

37. Qual a marca do chiller existente? \_\_\_\_\_

38. Qual a capacidade do chiller (TR - toneladas de refrigeração)? \_\_\_\_\_

39. Qual a vazão de água refrigerada (L/min)? \_\_\_\_\_

40. Qual a temperatura de saída da água? \_\_\_\_\_

#### DISPONIBILIDADE DE REDE DE GASES MEDICINAIS

41. Quais gases medicinais estão disponíveis na casamata?

( ) Oxigênio (O<sub>2</sub>)

( ) Ar Comprimido Medicinal

( ) Nitrogênio (N<sub>2</sub>)

( ) Gás Carbônico (CO<sub>2</sub>)

( ) Vácuo

( ) Outro: \_\_\_\_\_

#### MONITORAMENTO POR CÂMERAS (CFTV)



42. A casamata possui câmeras de monitoramento?

Sim; Se sim, a gravação das imagens é armazenada por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Não

43. O sistema de câmeras é monitorado em tempo real?

Sim

Não

44. As câmeras cobrem todas as áreas críticas, incluindo entrada, saída e sala de controle?

Sim

Não

#### SISTEMA DE ALARMES E SENSORES

45. A casamata possui alarme de emergência?

Sim; Se sim, ele está integrado ao sistema geral da instituição?  Sim  Não

Não

46. Existe detecção de intrusão (sensores de movimento ou presença)?

Sim

Não

47. O acelerador linear possui sensores de segurança para desligamento automático em caso de falha?

Sim

Não

48. Há sensor de radiação para monitoramento de possíveis vazamentos?

Sim

Não

#### SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIOS E EMERGÊNCIAS

49. O local possui sensores de fumaça e calor?

Sim

Não

50. Há extintores de incêndio compatíveis com equipamentos eletrônicos (CO<sub>2</sub>)?

Sim

Não

51. A casamata tem rota de fuga sinalizada e de fácil acesso?

Sim

Não

#### SISTEMA DE REDE DE DADOS

52. Existe no estabelecimento de saúde banco de dados apto para o serviço de radioterapia?

Sim

Não

53. Existe no estabelecimento de saúde suporte de TI para atender o serviço de radioterapia?

Sim

Não

#### DECLARAÇÃO



54. Declaro que todas as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade por elas.

Assinatura do responsável pelo estabelecimento de saúde

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

