



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Departamento de Atenção ao Câncer  
Secretaria-Executiva

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 153/2026

**1. ASSUNTO**

Critérios para a distribuição de veículos para o Transporte Sanitário Eletivo no âmbito do Novo PAC e do Programa Agora Tem Especialistas - Caminhos da Saúde (radioterapia, terapia renal substitutiva - hemodiálise e outros tratamentos de saúde).

**2. CONTEXTO E OBJETIVOS GERAIS**

O Brasil vivencia uma transição epidemiológica marcada pelo crescimento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DCNT), que concentram parcela expressiva da morbimortalidade e pressionam, de forma crescente, a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2019, as DCNT foram responsáveis por 54,7% dos óbitos no País, evidenciando a centralidade desses agravos no planejamento das políticas públicas de saúde. O câncer, a doença renal crônica, dentre outras morbidades, afetam a população brasileira e demandam acompanhamento longitudinal, diagnóstico oportuno, acesso contínuo a procedimentos especializados e atendimento em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Nesse cenário, a atenção especializada apresenta desafios, especialmente nas linhas de cuidado que dependem de serviços de maior densidade tecnológica, equipes especializadas, regulação e fluxos regionais definidos. Nesse contexto, o Governo Federal instituiu, por meio da Lei nº 15.233/2025, o Programa Agora Tem Especialistas – PATE, estratégia nacional voltada à ampliação do acesso à atenção especializada, à redução do tempo de espera por consultas, exames, cirurgias e tratamentos de média e alta complexidade, à reorganização do financiamento, à qualificação da regulação e à mobilização da capacidade pública e complementar do sistema.

O Programa foi regulamentado pelo Ministério da Saúde e contempla os seguintes componentes: ambulatorial; cirúrgico; acesso à radioterapia; créditos financeiros; ressarcimento ao SUS; prestação complementar de serviços especializados; SUS Digital; e provimento, aprimoramento e formação pelo Trabalho, Fixação e Gestão da Força de Trabalho Especializada (Mais Médicos Especialistas).

Dentre os avanços garantidos pela Lei nº 15.233/2025, destaca-se a instituição de ações destinadas à ampliação do acesso ao tratamento radioterápico para pessoas com câncer, bem como ao tratamento dialítico para pessoas com nefropatias crônicas, incluindo a garantia do Transporte Sanitário Eletivo adequado para esses pacientes quando o tratamento ocorrer em ente federativo diverso de seu domicílio.

O Transporte Sanitário Eletivo consiste em serviço de deslocamento programado de usuários do SUS que necessitam realizar consultas, exames ou procedimentos especializados previamente agendados em outro ente federativo situado a mais de 50 quilômetros de distância, sem caráter de urgência ou emergência. Seu objetivo é reduzir barreiras territoriais de acesso à atenção especializada, evitar o absenteísmo e potencializar a capacidade de atendimento da rede de saúde.

O Transporte Sanitário Eletivo constitui condição necessária, embora não suficiente, para que o Programa Agora Tem Especialistas alcance seus objetivos. Dessa forma, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, no âmbito do Novo PAC e do Programa Agora Tem Especialistas, destinou R\$ 1,4 bilhão para aquisição de 3.300 veículos destinados ao apoio dos entes federados na organização e qualificação do Transporte Sanitário Eletivo dos usuários do SUS, especialmente daqueles priorizados pela Lei nº 15.233/2025.

A presente Nota Técnica dispõe sobre o Transporte Sanitário Eletivo e os critérios de distribuição dos veículos adquiridos pela União, os quais apresentam diferentes finalidades de uso:

- I - Transporte Sanitário para Tratamento Radioterápico;
- II - Transporte Sanitário para Terapia Renal Substitutiva, modalidade hemodiálise; e
- III - Transporte Sanitário para Outros Tratamentos de Saúde.

O Transporte Sanitário Eletivo destinado ao tratamento radioterápico e ao tratamento dialítico de pessoas com nefropatia crônica conta com financiamento federal diferenciado para custeio, conforme regulamentação infralegal vigente, pactuada entre os gestores do SUS na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que operacionaliza o Transporte Sanitário Eletivo para radioterapia e hemodiálise, especialmente a Portaria GM/MS nº 8.516/2025, alterada pelas Portarias GM/MS nº 11.164/2026 e nº 11.165/2026.

O Transporte Sanitário Eletivo para outros tratamentos de saúde refere-se à doação de veículos destinados ao deslocamento de pacientes que necessitam realizar tratamentos não especificados na Lei nº 15.233/2025, permanecendo o custeio vinculado aos recursos já transferidos pela União aos entes federativos para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), bem como a outras fontes estaduais, distritais e municipais destinadas à mesma finalidade.

### **3. DIFERENÇAS ENTRE AS TRÊS DIFERENTES FINALIDADES DE USO DO TRANSPORTE SANITÁRIO:**

#### **3.1. Transporte Sanitário para Radioterapia e Hemodiálise**

**Base legal:** Lei nº 15.233/2025, Lei nº 12.732/2012. Portaria GM/MS nº 8.516/2025, alterada pela Portarias GM/MS nº 11.164, de 11 de maio de 2026 e Portaria GM/MS nº 11.165, de 11 de maio de 2026.

**Financiamento FAEC para o custeio:** contam com financiamento federal específico para o custeio do transporte sanitário para o tratamento radioterápico e Terapia Renal Substitutiva na modalidade hemodiálise, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

#### **Lógica regionalizada**

A frota é dimensionada com base em critérios técnicos, como:

- estimativa de casos novos de câncer com indicação de radioterapia;

- número de usuários em hemodiálise;
- percentual e quantitativo de usuários residentes a mais de 50 km do serviço de referência;
- capacidade instalada;
- classificação das macrorregiões em suficientes, hipossuficientes ou hipersuficientes; e fluxos regulatórios.

**Gestão regional:** Os veículos são alocados por macrorregião de saúde, cabendo aos gestores estaduais e municipais pactuar, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a distribuição territorial, os fluxos entre municípios e as rotas do Transporte Sanitário Eletivo regionalizado.

#### **Distribuição dos veículos para a Radioterapia:**

A distribuição dos veículos por macrorregião e unidade federativa considerou:

- estimativa de casos novos de câncer com indicação de radioterapia no SUS;
- número de usuários exclusivamente dependentes do SUS;
- identificação de municípios localizados a mais de 50 km do serviço de referência;
- classificação das macrorregiões quanto à oferta de aceleradores lineares;
- capacidade instalada dos serviços; e
- fluxos regulatórios vigentes.

#### **Distribuição dos veículos para a Hemodiálise:**

A metodologia de distribuição dos veículos destinados à hemodiálise seguiu lógica semelhante à da radioterapia, considerando:

- número de pacientes em hemodiálise no SUS;
- média semanal de sessões;
- quantitativo anual de deslocamentos por paciente;
- distância entre município de residência e serviço de referência;
- número de usuários residentes a mais de 50 km;
- capacidade instalada dos serviços; e
- possibilidade de rotas compartilhadas.

### **3.2. Transporte Sanitário para Outros Tratamentos de Saúde**

Os veículos destinados a outros tratamentos de saúde serão doados aos entes federados para utilização no Transporte Sanitário Eletivo municipal, estadual ou distrital em sentido amplo.

#### **Financiamento via TFD e outras fontes de custeio**

As despesas operacionais serão financiadas por:

- recursos federais destinados ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD);
- demais transferências regulares do SUS; e

- recursos próprios dos entes federados.

Não haverá financiamento federal adicional para custeio.

**Gestão municipal, estadual ou distrital:**

Os veículos serão doados diretamente aos entes federados para reforço da capacidade cotidiana do SUS no transporte de usuários para consultas, exames, tratamentos e procedimentos especializados em geral.

Os gestores locais serão responsáveis pela incorporação dos veículos ao planejamento local do Transporte Sanitário Eletivo, incluindo:

- definição de rotas;
- horários;
- público-alvo; e
- organização operacional.

Não haverá obrigatoriedade de pactuação em CIB para definição de fluxos regionais.

**3.3. Quadro resumo com as diferenças do transporte sanitário eletivo tratamento de radioterapia, para Terapia Renal Substitutiva, modalidade hemodiálise, e para outros tratamentos de saúde .**

Radioterapia e Hemodiálise	Outros Tratamentos de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculado a Lei nº 15.233/2025.</li> <li>• Regionalizado, com alocação por macrorregião de saúde.</li> <li>• Planejamento exige pactuação em CIB para distribuição dos veículos no estado e definição dos fluxos entre os municípios.</li> <li>• Conta com custeio federal específico (via FAEC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não vinculado a Lei nº 15.233/2025.</li> <li>• Não regionalizado: veículos doados diretamente a municípios, estados e Distrito Federal.</li> <li>• Planejamento e uso definidos pelo gestor local, respeitada a finalidade de transporte sanitário eletivo.</li> <li>• Sem custeio federal específico; utiliza fontes de financiamento já existentes, como os do TFD e os recursos próprios dos entes federados.</li> </ul>

**4. TIPOLOGIA DOS VEÍCULOS UTILIZADOS PARA O TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO NO SUS**

Os veículos destinados ao Transporte Sanitário Eletivo são:

- Ambulância Tipo A;
- Van com acessibilidade e 15 lugares; e
- Micro-ônibus com acessibilidade e 29 lugares.

Todos os veículos constam na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS (RENEM).

A Ambulância Tipo A destina-se ao transporte individualizado de pacientes com restrição de mobilidade.

As vans são indicadas para:

- transporte coletivo de média escala;

- rotas intermunicipais frequentes; e
- municípios de pequeno e médio porte.

Os micro-ônibus são indicados para:

- transporte coletivo de maior volume;
- regiões com elevada demanda; e
- trajetos de longa distância.

Todos os veículos possuem acessibilidade, garantindo:

- inclusão;
- equidade; e
- ampliação do acesso à saúde de populações vulneráveis.

#### 4.1. Quantitativo de veículos a serem distribuídos

A definição do quantitativo de veículos a serem distribuídos considerou a necessidade de veículos para o Transporte Sanitário Eletivo, em especial de pacientes em radioterapia e hemodiálise, a disponibilidade orçamentária e a capacidade de produção das empresas contratadas. Foram adquiridos **3.300 veículos**, distribuídos da seguinte forma:

Tipologia	Previsão ata (n)	Previsão orçamento (n)	Valor unitário (R\$)	Orçamento (R\$)
Ambulância tipo A	3.000	800	R\$ 274.977,00	R\$ 219.981.600,00
Van	3.000	1.000	R\$ 304.600,00	R\$ 304.600.000,00
Micro-ônibus	3.000	1.500	R\$ 584.800,00	R\$ 877.200.000,00
<b>Total</b>	<b>9.000</b>	<b>3.300</b>	-	<b>R\$ 1.401.781.600,00</b>

A partir de critérios técnicos, estimou-se a necessidade de 1.476 veículos destinados à radioterapia e hemodiálise:

- 190 Ambulâncias Tipo A;
- 796 vans; e
- 490 micro-ônibus.

Restaram destinados aos demais tratamentos:

- 610 Ambulâncias Tipo A;
- 204 vans; e
- 1.010 micro-ônibus.

## 5. JUSTIFICATIVA TÉCNICA ESPECÍFICA E DISTRIBUIÇÃO - RADIOTERAPIA

No âmbito da atenção ao câncer, o Transporte Sanitário Eletivo constitui componente estruturante do acesso oportuno ao tratamento radioterápico.

A radioterapia apresenta elevada dependência de infraestrutura de alta densidade tecnológica, concentrada em número reduzido de municípios sede, impondo deslocamentos intermunicipais, intermacrorregionais e, em determinadas situações, interestaduais.

A existência de vaga em serviço de radioterapia, isoladamente, não assegura o acesso ao cuidado, especialmente diante da ausência de meios adequados de deslocamento.

Os atrasos no início da radioterapia podem:

- comprometer a efetividade terapêutica;
- reduzir a adesão ao tratamento;
- ampliar sofrimento;
- agravar desigualdades regionais.

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), instituída pela Lei nº 14.758/2023, reforça a necessidade de organização regionalizada e integrada da rede de atenção.

A Portaria GM/MS nº 8.516/2025, alterada pela Portaria GM/MS nº 11.164/2026, reconhece essa necessidade ao prever financiamento federal destinado ao Transporte Sanitário Eletivo relacionado ao tratamento radioterápico.

### 5.1. **Metodologia de distribuição - Transporte sanitário para tratamento em radioterapia**

A macrorregião de saúde foi adotada como unidade de análise e organização da metodologia. A alocação da frota busca responder às necessidades reais de deslocamento dos usuários do SUS, permitindo:

- compartilhamento regional dos veículos;
- racionalidade logística;
- melhor aproveitamento operacional.

A distribuição intraestadual será definida em pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

### 5.2. **Memória de cálculo - radioterapia**

O dimensionamento da frota necessária para radioterapia utilizou a seguinte memória de cálculo:

1. **Estimativa de pacientes e acompanhantes** - com base em dados assistenciais do SUS, estima-se que **91.032 pacientes** em radioterapia residem a mais de 50 km do serviço de tratamento. Considerou-se **100% de direito a acompanhante**, o que resulta em aproximadamente **182 mil pessoas** a serem transportadas (pacientes + acompanhantes).

#### 2. **Número de deslocamentos por paciente**

O protocolo adotado para financiamento da radioterapia considera:

- 1 ida e 1 volta para **planejamento/simulação**;
- 1 ida e 1 volta para **realização do tratamento**.

Assim, cada paciente gera **4 deslocamentos** (4 viagens) ao longo do

episódio financiado. A demanda anual estimada é, portanto, de:

- 91.032 pacientes × 4 viagens = **364.128 viagens de pacientes;**
- 91.032 acompanhantes × 4 viagens = **364.128 viagens de acompanhantes;**

Total aproximado: **728 mil deslocamentos/ano.**

### 3. **Capacidade dos veículos destinados à radioterapia**

Para a radioterapia foram reservados, dentre os 3 tipos de veículos, **190 vans** e **122 micro-ônibus**, que realizam o transporte coletivo (as 190 ambulâncias tipo A também integram a cota, mas destinam-se sobretudo a pacientes com maior limitação funcional). Considerando:

- vans com **15 passageiros** (excluído o motorista);
- micro-ônibus com **29 passageiros** (excluído o motorista);
- operação média de **5 dias por semana, 52 semanas por ano;**
- ao menos **um ciclo de ida e volta por dia** por veículo (sendo possível, na prática, operar mais de um ciclo/dia em diversas rotas), obtém-se uma capacidade agregada da frota (vans + micro-ônibus) da ordem de **3,3 milhões de viagens/ano.**

### 4. **Relação entre demanda e oferta**

- Demanda estimada: **≈ 728 mil deslocamentos/ano;**
- Capacidade ofertada dos veículos: **≈ 3,3 milhões de deslocamentos/ano.**

A frota foi dimensionada com capacidade superior à demanda projetada, o que garante margem operacional para:

- organizar rotas mais eficientes entre municípios;
- absorver variações de demanda;
- permitir manutenção programada da frota sem desassistência;
- reforçar a oferta em macrorregiões com distâncias maiores e maior vulnerabilidade social.

### 5. **Parâmetros de distribuição por macrorregião**

Para distribuir a frota entre as macrorregiões de saúde, foram considerados, combinadamente:

- o estimativa de usuários SUS com necessidade de tratamento radioterápico por macrorregião;
- o identificação dos municípios situados a mais de 50 km do serviço de referência;
- o classificação dos deslocamentos em faixas de distância (50–100 km; 100–200 km; 200–400 km; >400 km), influenciando a escolha entre van e micro-ônibus;
- o definição dos trechos financiáveis vinculados ao planejamento/simulação;

- o definição dos trechos financiáveis vinculados à realização do tratamento;
- o consideração de 100% de pacientes com direito a acompanhante no dimensionamento financeiro;
- o relação entre demanda estimada, capacidade instalada dos serviços e fluxos de referência pactuados;
- o número médio de municípios por veículo, em função da dispersão territorial e das distâncias (por exemplo, rotas agregando de 2 a 5 municípios por veículo, a depender da macrorregião).

### 5.3. Metodologia de distribuição - Transporte para tratamento em radioterapia

#### Distribuição por UF dos veículos para radioterapia

UF	Van	Ambulância tipo A	Micro-ônibus
AC	2	2	1
AL	4	4	2
AM	6	6	3
AP	2	2	1
BA	18	18	9
CE	0	10	15
DF	1	1	1
ES	3	3	3
GO	5	5	5
MA	6	6	3
MG	30	16	2
MS	4	4	4
MT	6	6	6
PA	8	8	4
PB	6	6	3
PE	8	8	4
PI	8	8	4
PR	8	8	4

<b>UF</b>	<b>Van</b>	<b>Ambulância tipo A</b>	<b>Micro-ônibus</b>
RJ	4	4	2
RN	4	4	2
RO	0	4	6
RR	2	2	1
RS	14	14	7
SC	16	16	8
SE	2	2	1
SP	19	19	19
TO	4	4	2
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>190</b>	<b>122</b>

## **6. JUSTIFICATIVA TÉCNICA ESPECÍFICA E DISTRIBUIÇÃO - TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS - HEMODIÁLISE)**

No âmbito da Terapia Renal Substitutiva (TRS), na modalidade hemodiálise, o transporte sanitário constitui componente estruturante do acesso e da continuidade do cuidado. Diferentemente de outros tratamentos especializados de caráter episódico ou delimitado no tempo, a hemodiálise é terapia contínua, recorrente e vital, geralmente realizada três vezes por semana, ao longo de 52 semanas por ano.

A ausência de transporte regular, previsível e seguro pode comprometer diretamente a adesão terapêutica, produzir faltas sucessivas às sessões, agravar o estado clínico do usuário e gerar risco imediato à vida, uma vez que a interrupção ou irregularidade da diálise pode levar a descompensações metabólicas, sobrecarga volêmica, intercorrências cardiovasculares e necessidade de internações evitáveis.

A Portaria GM/MS nº 8.516/2025 alterada Portaria GM/MS nº 11.164, de 11 de maio de 2026 já reconhece essa necessidade ao prever financiamento federal para subsidiar deslocamento de usuários e acompanhantes em tratamento fora de domicílio e ao instituir financiamento para transporte sanitário relacionado ao tratamento de hemodiálise em cumprindo à Lei nº 15.233, de 2025, que alterou a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, ao incluir os art. 2º-B.

Para usuários residentes em municípios distantes, especialmente em áreas com distâncias superiores a 50 km até o serviço de referência, o deslocamento representa barreira assistencial concreta, com impactos sanitários, sociais e financeiros significativos. A distribuição desigual dos serviços de hemodiálise no território nacional agrava o problema, exigindo deslocamentos sistemáticos para outros municípios em muitas regiões, sobretudo nas áreas de baixa densidade assistencial, regiões interioranas, áreas rurais, municípios pequenos e localidades com maior dispersão territorial.

Nesses casos, o transporte sanitário deve ser compreendido como parte da linha de cuidado da doença renal crônica avançada, e não apenas como suporte

logístico.

### 6.1. **Memória de cálculo - hemodiálise**

A memória de cálculo utilizada para dimensionar a frota da hemodiálise foi a seguinte:

#### **1. Estimativa de pacientes e acompanhantes**

- Mais 31.061 pacientes em hemodiálise residam a mais de 50 km do serviço de referência.
- Considerou-se 10% de acompanhantes
- 34.167 pessoas aproximadamente com necessidade de transporte (pacientes mais acompanhantes).

#### **2. Número de deslocamentos por paciente**

- 3 sessões por semana;
- Cada sessão implica 1 ida e 1 volta;
- 6 deslocamentos semanais (3 idas + 3 voltas);
- 52 semanas ao ano.

Assim, cada paciente realiza aproximadamente 156 deslocamentos/ano. A demanda total estimada, somando pacientes e acompanhantes, é de cerca de 10,6 milhões de deslocamentos/ano.

#### **3. Capacidade dos veículos destinados à hemodiálise**

Para a hemodiálise foram destinados 974 veículos:

- 606 vans;
- 368 micro-ônibus.

Considerando as lotações padrão (15 e 29 passageiros), operação em 6 dias por semana, 52 semanas por ano, e ao menos um ciclo de ida e volta por dia, a capacidade total anual estimada é de cerca de 12,3 milhões de deslocamentos/ano.

#### **4. Relação entre demanda e oferta**

- Demanda estimada:  $\approx 10,6$  milhões de deslocamentos/ano;
- Capacidade ofertada:  $\approx 12,3$  milhões de deslocamentos/ano.

A frota foi dimensionada para atender a demanda estimada, com margem de segurança para organização regional, variações locais e substituição de veículos quando necessário.

### 6.2. **Metodologia de distribuição - Transporte Sanitário para tratamento em hemodiálise**

A metodologia de distribuição da cota de veículos destinados à TRS (hemodiálise) segue a mesma lógica de base da radioterapia, com particularidades relacionadas à frequência e à continuidade do tratamento.

Assim como na radioterapia, a **macrorregião de saúde** foi adotada como unidade principal de planejamento. A partir da identificação dos serviços de hemodiálise habilitados e dos fluxos regulatórios de pacientes, dimensionaram-se as necessidades de transporte, considerando:

- número de pacientes em hemodiálise no SUS por município e

macrorregião;

- número de pacientes residentes a mais de 50 km do serviço de hemodiálise;
- frequência de sessões (3 vezes por semana);
- número de deslocamentos anuais por paciente (156 viagens/ano, ida e volta);
- capacidade instalada de cadeiras de diálise;
- distribuição desigual dos serviços de hemodiálise no território;
- possibilidade de organização de rotas compartilhadas entre municípios – por exemplo, agrupando usuários de 2 a 4 municípios em um mesmo veículo, conforme a dispersão territorial.

Os veículos foram distribuídos entre as macrorregiões a partir dessa estimativa de demanda, sempre buscando:

- assegurar capacidade suficiente de deslocamento para todos os pacientes residentes a mais de 50 km;
- otimizar as rotas regionais;
- evitar veículos subutilizados em macrorregiões com demanda menor.

Da mesma forma que na radioterapia, a distribuição intraestadual e a definição das rotas caberão às Secretarias Estaduais de Saúde e aos municípios, em pactuação na CIB.

#### **Distribuição por UF dos veículos para hemodiálise (TRS)**

<b>UF</b>	<b>Van</b>	<b>Micro-ônibus</b>
AC	3	2
AL	12	6
AM	11	6
AP	3	1
BA	54	42
CE	22	23
DF	2	0
ES	7	5
GO	34	18
MA	32	28
MG	93	30
MS	12	5

<b>UF</b>	<b>Van</b>	<b>Micro-ônibus</b>
MT	24	12
PA	20	27
PB	35	12
PE	19	33
PI	36	19
PR	30	15
RJ	5	3
RN	20	10
RO	6	8
RR	3	1
RS	46	24
SC	22	10
SE	8	4
SP	21	11
TO	26	13
<b>Total</b>	<b>606</b>	<b>368</b>

## **7. JUSTIFICATIVA TÉCNICA ESPECÍFICA E DISTRIBUIÇÃO - TRANSPORTE PARA OUTROS TRATAMENTOS DE SAÚDE**

Como já antecipado, a finalidade da cota geral é reforçar a capacidade cotidiana de transporte dos municípios – para consultas, exames e procedimentos especializados em geral. Trata-se de um serviço já feito por municípios, especialmente aqueles que possuem pouca disponibilidade de capacidade instalada estabelecimentos que realizam atendimentos de atenção especializada.

A metodologia de distribuição dos veículos para finalidades gerais se dá a partir de critérios técnicos, combinando indicadores e parâmetros populacionais, sanitários, socioeconômicos e geográficos, a fim de selecionar os municípios que mais precisam desse tipo de transporte sanitário.

A necessidade de seleção se impõe em virtude do limite quantitativo de veículos, consequência da disponibilidade orçamentária e da capacidade produtiva das empresas contratadas. O processo seletivo não envolveu, neste caso, demanda prévia dos municípios, estes serão comunicados e poderão formalizar a aceitação da doação. A escolha é, portanto, ex-ante.

A seleção varia conforme o tipo de veículo, mas se dá sempre em duas etapas:

- verificação da elegibilidade do município;
- entre os elegíveis, aplicação de critérios de priorização.

Quanto à etapa da elegibilidade, um critério é comum para todos os três tipos de veículos: municípios de acesso predominantemente hidroviário são considerados inelegíveis. A fonte de dados utilizada foi a pesquisa do IBGE “Ligações Rodoviárias e Hidroviárias”, de 2016, que quantifica o número de viagens por modais rodoviários e hidroviários entre pares de municípios, permitindo identificar cidades com nenhuma viagem de saída ou entrada por via terrestre, ou número muito reduzido frente ao modal hidroviário. Nesses locais, o transporte intermunicipal rodoviário é pouco usual ou inexistente, o que poderia gerar elevada ociosidade, custos altos de operação por trajetos bem mais longos que o hidroviário ou dificuldades concretas de acesso pelas características das rodovias.

Além disso, apenas um tipo de veículo possui restrição de elegibilidade por porte populacional: micro-ônibus. Municípios com menos de 5 mil habitantes não são considerados elegíveis para micro-ônibus, pois naturalmente têm menos pacientes demandando transporte sanitário e, por isso, os micro-ônibus teriam mais chances de operar com ociosidade. Após diálogo com as entidades representativas dos municípios (CONASEMS), optou-se por deixar esses municípios elegíveis apenas para ambulância tipo A e vans, e estabelecer limites por tipo de veículo, conforme tabela abaixo.

### **Classificação dos municípios e quantidade limite por veículo conforme porte populacional**

<b>Classe</b>	<b>Habitantes</b>	<b>Ambulância tipo A</b>	<b>Van</b>	<b>Micro-ônibus</b>
PPP	0 a 5.000	1	1	0
PP	5.001 a 10.000	1	1	1
P	10.001 a 20.000	2	1	1
M	20.001 a 50.000	3	1	1
G	50.001 a 200.000	4	2	2
GG	200.001 em diante	5	3	3

Os demais critérios de elegibilidade variam conforme o tipo de veículo e são detalhados a seguir.

#### **7.1. Vans - Elegibilidade e critérios de seleção**

A lista de elegíveis para a seleção de vans excluiu, além dos municípios de acesso predominantemente hidroviário, aqueles que possuem em sua sede ou estão muito próximos de cidades com hospitais ou centros de atenção especializada. Nesses casos, os usuários do SUS não precisam viajar grandes distâncias para acessar consultas, exames e tratamentos especializados. Lógica semelhante foi adotada pela Lei nº 15.390, de 15 de abril de 2026, que trata de ajuda de custo.

Para excluir esses municípios, adotou-se a existência de acelerador linear (para radioterapia) como proxy de serviços de atenção especializada, por duas razões:

- onde há esse equipamento, há também uma rede de atenção especializada, já que está presente em municípios de maior porte, polos macrorregionais ou regionais do SUS;
- o uso de outras bases de dados demandaria escolher quais serviços considerar, o que introduziria maior discricionariedade; o acelerador linear é um indicador objetivo e estável.

Foram excluídos, portanto, os municípios que:

- estão a menos de 40 quilômetros de cidades com aceleradores lineares; ou
- já possuem acelerador linear no SUS.

Dessa forma, dos 5.571 municípios brasileiros, 4.432 são considerados elegíveis para vans.

<b>Motivos para não elegibilidade</b>	<b>Nº de municípios excluídos</b>
Sem acesso rodoviário como principal meio de transporte	76
Município está a menos de 40 km de cidade com acelerador linear	1.060
Municípios já adequadamente cobertos por serviços de atenção especializada	134

Obs.: um mesmo município pode ter sido excluído por mais de um motivo.

Os municípios elegíveis foram classificados em classes de prioridade conforme quatro parâmetros:

- Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), do Ipea;
- População do município;
- Distância do município para a cidade mais próxima com acelerador linear no SUS;
- Déficit de atenção especializada na macrorregião de saúde.

A cada classe desses parâmetros foi atribuída uma nota:

<b>Parâmetro</b>	<b>Classes</b>	<b>Nota</b>
Índice de Vulnerabilidade Social	Acima de 0,5	8
	0,5 a 0,4	6
	0,4 a 0,3	4
	Menor que 0,3	2

Parâmetro	Classes	Nota
Nº de habitantes	Mais de 100 mil	4
	40 mil a 100 mil	3
	15 mil a 40 mil	2
	Menos de 15 mil	1
Distância até município com acelerador linear	Mais de 400 km	4
	200 a 400 km	3
	80 a 200 km	2
	40 a 80 km	1
Estar em macro com déficit na radioterapia	Sim	2
	Não	1

À soma das notas atribuídas a cada município denomina-se **Índice Composto de Seleção - van (ICSv)**: ICSv = somatório das notas.

Com base no ICSv, os municípios foram distribuídos em três faixas de prioridade: alta, média e baixa.

- Todos os municípios da **alta prioridade** foram selecionados;
- Nenhum município da **baixa prioridade** foi selecionado;
- As demais escolhas foram feitas entre os municípios de **média prioridade**, conforme a cota definida para cada UF.

Na seleção dentro da faixa de média prioridade, foram observados também:

- o quantitativo de investimentos já recebidos de outras iniciativas do PAC (UBS, CAPS, UOMs etc.);
- a necessidade de evitar concentração intraestadual em poucas microrregiões, buscando dispersar os veículos pelo território de cada UF.

## 7.2. Micro-ônibus - Elegibilidade e critérios de seleção

A lista de elegíveis para micro-ônibus excluiu:

- municípios com acesso predominantemente hidroviário;
- municípios que possuem em sua sede ou estão muito próximos (menos de 40 km) de cidades com equipamentos de atenção especializada (acelerador linear), de forma análoga ao adotado para vans;
- municípios com menos de 5 mil habitantes (conforme a tabela de porte populacional).

Dessa forma, dos 5.571 municípios brasileiros, **3.322** são considerados elegíveis para micro-ônibus.

<b>Motivos para não elegibilidade</b>	<b>Nº de municípios excluídos</b>
Sem acesso rodoviário como principal meio de transporte	67
Município está a menos de 40 km de cidade com acelerador linear	1.060
Municípios já adequadamente cobertos por serviços de atenção especializada	134
Município com menos de 5 mil habitantes	1.284

Obs.: um mesmo município pode ter sido excluído por mais de um motivo.

Considerando que o número de veículos a selecionar (1.010 micro-ônibus) é elevado em relação ao número de elegíveis, optou-se por não estabelecer faixas de prioridade formais. A seleção observou:

- as cotas por UF (apresentadas na seção 6.4);
- o volume de investimentos recebidos de outras iniciativas do PAC, evitando beneficiar excessivamente entes já muito contemplados;
- a necessidade de evitar a concentração intraestadual em poucas microrregiões, buscando dispersão territorial.

### 7.3. **Ambulância tipo A - Elegibilidade e critérios de seleção**

A lista de elegíveis para ambulância tipo A excluiu:

- municípios de acesso predominantemente hidroviário;
- municípios que já possuem acelerador linear no SUS (por já serem polos de atenção especializada).

Diferentemente do caso das vans e micro-ônibus, **não** se adotou a exigência de o município estar distante a mais de 40 km de um município com acelerador linear, porque a ambulância tipo A tem uso distinto: transporta apenas um paciente por vez, em geral com restrição de mobilidade, muitas vezes em decúbito horizontal, que não consegue utilizar linhas regulares de transporte interurbano – inclusive em regiões próximas a grandes centros.

Dessa forma, dos 5.571 municípios brasileiros, **5.365** são considerados elegíveis para ambulância tipo A.

<b>Motivos para não elegibilidade</b>	<b>Nº de municípios excluídos</b>
Sem acesso rodoviário como principal meio de transporte	76

<b>Motivos para não elegibilidade</b>	<b>Nº de municípios excluídos</b>
Municípios já adequadamente cobertos por serviços de atenção especializada (onde há acelerador linear)	134

Obs.: um mesmo município pode ter sido excluído por mais de um motivo.

Os municípios elegíveis foram então classificados em classes de prioridade conforme quatro parâmetros:

1. Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), do Ipea;
2. População do município;
3. Distância do município para a cidade mais próxima com acelerador linear no SUS;
4. Déficit de atenção especializada na macrorregião de saúde.

A cada classe desses parâmetros foi atribuída uma nota, conforme tabela análoga à utilizada para vans. A soma dessas notas resultou no Índice Composto de Seleção - ambulância (ICSa):

ICSa = somatório das notas.

Com base no ICSa, os municípios foram distribuídos em três faixas de prioridade (alta, média e baixa), adotando-se a mesma lógica de seleção: todos os de alta prioridade foram contemplados; nenhum da baixa prioridade foi selecionado; e as escolhas remanescentes na faixa intermediária observaram as cotas estaduais, o histórico de investimentos e a necessidade de dispersão territorial.

#### 7.4. **Cotas por UF para Transporte de Outros Tratamentos de Saúde**

A distribuição regional dos veículos para outros tratamentos de saúde – isto é, quantos veículos serão destinados a cada UF – resulta de cálculo que reflete a demanda e a necessidade de transporte sanitário em cada estado, bem como o objetivo de redução das desigualdades regionais. Foram considerados quatro parâmetros:

1. População da UF;
2. Número de municípios elegíveis na UF;
3. IVS médio da UF (Ipea);
4. Tipologia Rural-Urbana média (IBGE).

Cada parâmetro foi normalizado em escala de 0 a 10 e ponderado por pesos definidos tecnicamente. O resultado são cotas por tipo de veículo (ambulância tipo A, van, micro-ônibus) para cada UF, conforme tabela abaixo.

#### **Cota por UF e tipo de veículo (transporte para outros tratamentos de saúde) (1.824 veículos)**

<b>UF</b>	<b>Cota TIPO A</b>	<b>Cota VAN</b>	<b>Cota Micro-ônibus</b>	<b>Total</b>
AC	15	1	11	27

<b>UF</b>	<b>Cota TIPO A</b>	<b>Cota VAN</b>	<b>Cota Micro-ônibus</b>	<b>Total</b>
AL	11	3	33	47
AM	14	7	12	33
AP	16	5	7	28
BA	51	19	104	174
CE	38	12	64	114
DF	6	0	2	8
ES	8	1	24	33
GO	30	8	38	76
MA	38	5	64	107
MG	39	18	86	143
MS	9	1	28	38
MT	23	5	38	66
PA	31	7	36	74
PB	18	45	43	106
PE	27	11	39	77
PI	34	3	42	79
PR	26	5	50	81
RJ	17	2	40	59
RN	15	2	19	36
RO	12	1	30	43
RR	14	0	13	27
RS	17	14	41	72
SC	9	7	30	46
SE	23	5	23	51
SP	51	11	69	131
TO	18	6	24	48
<b>Total</b>	<b>610</b>	<b>204</b>	<b>1.010</b>	<b>1.824</b>

Verifica-se que os estados mais populosos ou mais vulneráveis foram efetivamente mais beneficiados, indicando que os parâmetros escolhidos foram adequados. Diferenças na composição por tipo de veículo em alguns estados refletem a estrutura de porte dos municípios e a tentativa de dispersão territorial.

A partir dessas cotas estaduais, procede-se à seleção dos municípios beneficiados para cada tipo de veículo, conforme metodologias descritas nas seções anteriores. A distribuição final por município integra anexo específico.

## 8. DOAÇÃO, CUSTEIO E MONITORAMENTO

Os veículos serão devidamente registrados e seu uso será monitorado conforme os meios regulares de controle do Ministério da Saúde, ao qual serão aportados os dados assistenciais. É vedado o uso incompatível com a finalidade pública que justificou a doação, devendo os veículos ser utilizados exclusivamente para transporte sanitário eletivo.

### 8.1. Natureza jurídica - doação com encargo

A disponibilização de veículos aos estados, Distrito Federal e municípios configura, juridicamente, hipótese de **alienação de bens públicos móveis na modalidade de doação**, nos termos do art. 76, inciso II, alínea "a", da Lei nº 14.133, de 2021, e do Decreto nº 12.785/2025, que disciplina a destinação de bens móveis na Administração Pública Federal.

Trata-se de doação **com encargo**, vinculada à execução de política pública de transporte sanitário eletivo. Os termos de doação estabelecerão, entre outros aspectos:

- a vinculação do bem à finalidade de transporte sanitário eletivo (radioterapia, hemodiálise ou outros tratamentos de saúde, conforme a cota);
- vedações de desvio de finalidade;
- obrigações de registro patrimonial, manutenção e seguro, quando couber;
- mecanismos de monitoramento e auditoria;
- hipóteses de devolução do bem em caso de descumprimento dos encargos.

A eventual subcessão de veículos por estados à municípios deverá observar os mesmos princípios e o Decreto nº 12.785/2025, garantindo a manutenção da vinculação finalística à política pública.

### 8.2. Custeio dos transportes para tratamento de radioterapia e hemodiálise

Para a cota de radioterapia e hemodiálise, o custeio do transporte sanitário foi instituído pela Lei nº 15.233/2025, que incluiu os arts. 2º-A e 2º-B na Lei nº 12.732/2012, e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 8.516/2025, posteriormente alterada pela Portaria GM/MS nº 11.164/2025, tendo sua operacionalização definida pela Portaria GM/MS nº 11.165/2025.

### 8.3. Custeio de Transporte para Outros Tratamentos de Saúde

Na cota de veículos para outros tratamentos de saúde, o custeio corrente será arcado pelos repasses já realizados pelo Ministério da Saúde (incluindo TFD) e por recursos próprios dos municípios, da mesma forma que regularmente já ocorre. A substituição por veículos de maior capacidade (vans e micro-ônibus) ou mais novos tende a gerar economia à administração municipal, que hoje muitas vezes utiliza veículos de passeio ou inadequados, com baixa eficiência e alto custo de manutenção.

#### 8.4. Monitoramento e auditoria

O uso do transporte sanitário será monitorado por meio:

- dos sistemas de informação do SUS, com registro da produção assistencial associada (radioterapia, hemodiálise e outros procedimentos);
- de rotinas de auditoria e acompanhamento, voltadas a coibir uso indevido, subutilização ou desvio de finalidade;
- de instrumentos de controle patrimonial que permitam rastrear a localização, a situação de uso e as eventuais subcessões dos veículos.

As hipóteses de devolução do bem e derresponsabilização em caso de descumprimento dos encargos constarão expressamente dos termos de doação e da portaria regulamentadora.

## 9. RESULTADO DA DISTRIBUIÇÃO FINAL

As tabelas a seguir consolidam os resultados da distribuição por UF dos veículos de transporte sanitário, conforme finalidade e tipo.

### 9.1. Distribuição por UF e finalidade

UF	RADIOTERAPIA			HEMODIÁLISE		Outros Tratamentos de Saúde			Total geral
	Van	Ambulância Tipo A	Micro	Van	Micro	Van	Ambulância Tipo A	Micro	
AC	2	2	1	3	2	1	15	11	37
AL	4	4	2	12	6	3	11	33	75
AM	6	6	3	11	6	7	14	12	65
AP	2	2	1	3	1	5	16	7	37
BA	18	18	9	54	42	19	51	104	315
CE	0	10	15	22	23	12	38	64	184
DF	1	1	1	2	0	0	6	2	13

	RADIOTERAPIA			HEMODIÁLISE		Outros Tratamentos de Saúde			Total geral
UF	Van	Ambulância Tipo A	Micro	Van	Micro	Van	Ambulância Tipo A	Micro	
ES	3	3	3	7	5	1	8	24	54
GO	5	5	5	34	18	8	30	38	143
MA	6	6	3	32	28	5	38	64	182
MG	30	16	2	93	30	18	39	86	314
MS	4	4	4	12	5	1	9	28	67
MT	6	6	6	24	12	5	23	38	120
PA	8	8	4	20	27	7	31	36	141
PB	6	6	3	35	12	45	18	43	168
PE	8	8	4	19	33	11	27	39	149
PI	8	8	4	36	19	3	34	42	154
PR	8	8	4	30	15	5	26	50	146
RJ	4	4	2	5	3	2	17	40	77
RN	4	4	2	20	10	2	15	19	76
RO	0	4	6	6	8	1	12	30	67
RR	2	2	1	3	1	0	14	13	36
RS	14	14	7	46	24	14	17	41	177
SC	16	16	8	22	10	7	9	30	118
SE	2	2	1	8	4	5	23	23	68
SP	19	19	19	21	11	11	51	69	220
TO	4	4	2	26	13	6	18	24	97
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>190</b>	<b>122</b>	<b>606</b>	<b>368</b>	<b>204</b>	<b>610</b>	<b>1.010</b>	<b>3.300</b>

## 9.2. Distribuição por UF e tipo de veículo (total consolidado)

UF	Total de vans	Total de ambulâncias tipo A	Total de micro-ônibus
----	---------------	-----------------------------	-----------------------

<b>UF</b>	<b>Total de vans</b>	<b>Total de ambulâncias tipo A</b>	<b>Total de micro-ônibus</b>
AC	6	17	14
AL	19	15	41
AM	24	20	21
AP	10	18	9
BA	91	69	155
CE	34	48	102
DF	3	7	3
ES	11	11	32
GO	47	35	61
MA	43	44	95
MG	141	55	118
MS	17	13	37
MT	35	29	56
PA	35	39	67
PB	86	24	58
PE	38	35	76
PI	47	42	65
PR	43	34	69
RJ	11	21	45
RN	26	19	31
RO	7	16	44
RR	5	16	15
RS	74	31	72
SC	45	25	48
SE	15	25	28

UF	Total de vans	Total de ambulâncias tipo A	Total de micro-ônibus
SP	51	70	99
TO	36	22	39
<b>Total</b>	<b>1.000</b>	<b>800</b>	<b>1.500</b>

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao garantir transporte sanitário regular, seguro e adequado para pacientes em tratamento de radioterapia, em hemodiálise e para outros tratamentos de saúde na atenção especializada, o **Programa Caminhos da Saúde** materializa a compreensão de que garantir o tratamento também significa garantir o caminho até ele, reforçando o compromisso do SUS com a integralidade, a equidade e a dignidade no cuidado.

### **ARTHUR LOBATO BARRETO MELLO**

Diretor do Departamento de Atenção Especializada

### **GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA**

Diretora do Departamento de Atenção ao Câncer

### **HENRIQUE CHAVES FARIA CARVALHO**

Diretor de Programa



Documento assinado eletronicamente por **Arthur Lobato Barreto Mello, Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática**, em 29/05/2026, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Guacyra Magalhães Pires Bezerra, Diretor(a) do Departamento de Atenção ao Câncer**, em 29/05/2026, às 17:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Henrique Chaves Faria Carvalho, Diretor(a) de Programa**, em 01/06/2026, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0055650242** e o código CRC **7C07B734**.

---

**Referência:** Processo nº 25000.079916/2026-61

SEI nº 0055650242

Gabinete - GAB/SAES  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br