



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.433, DE 2026

(Do Sr. Roberto Duarte)

Institui o Protocolo de Atendimento Itinerante - PAI no âmbito do Sistema Único de Saúde, para assegurar prioridade assistencial aos motoristas profissionais do transporte rodoviário de cargas e de passageiros, e dá outras providências

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL 2190/2026.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº DE 2026
(Do Sr. ROBERTO DUARTE)

Apresentação: 18/05/2026 13:53:56.180 - Mes: 05/2026

Institui o Protocolo de Atendimento Itinerante - PAI no âmbito do Sistema Único de Saúde, para assegurar prioridade assistencial aos motoristas profissionais do transporte rodoviário de cargas e de passageiros, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo de Atendimento Itinerante - PAI, destinado a assegurar a equidade no acesso a ações e serviços de saúde aos motoristas profissionais do transporte rodoviário de cargas e de passageiros, em razão da natureza itinerante de sua atividade.

Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se motorista profissional, beneficiário do Protocolo de Atendimento Itinerante:

I - o motorista empregado, na forma da Lei nº 13.103, de 2 de março de 2015;

II - o Transportador Autônomo de Cargas - TAC, inscrito no Registro Nacional de Transportadores Rodoviários de Cargas - RNTRC, nos termos da Lei nº 11.442, de 5 de janeiro de 2007;





CÂMARA DOS DEPUTADOS

III - o motorista profissional autônomo de transporte rodoviário de passageiros, devidamente habilitado e em situação regular perante a Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT, quando for o caso, e perante os órgãos estaduais e municipais competentes;

IV - o motorista cooperado vinculado a cooperativa de transporte regularmente constituída.

Parágrafo único. A condição de motorista profissional será comprovada mediante a apresentação de Carteira Nacional de Habilitação válida das categorias C, D ou E, acompanhada de documento que ateste o vínculo profissional ou a regularidade do registro como transportador autônomo, na forma do regulamento.

Art. 3º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - prioridade assistencial: a garantia de prevalência do beneficiário na ordem de atendimento, observados os critérios de gravidade clínica e urgência médica estabelecidos pelos protocolos de regulação do SUS;

II - atendimento itinerante: aquele prestado ao motorista profissional fora do município de seu domicílio sanitário, em razão da natureza de sua atividade;

III - domicílio sanitário: o município de cadastro principal do beneficiário no Cartão Nacional de Saúde - CNS, para fins de territorialização do atendimento no SUS.

CAPÍTULO II

DA PRIORIDADE ASSISTENCIAL

Art. 4º Fica assegurada ao motorista profissional, em qualquer unidade federativa do território nacional, prioridade assistencial:

I - na realização de exames diagnósticos de média e alta complexidade;





CÂMARA DOS DEPUTADOS

II - na realização de cirurgias eletivas;

III - no atendimento ambulatorial especializado;

IV - na realização de consultas com médicos especialistas, na rede pública e nas instituições privadas conveniadas ou contratadas pelo SUS.

§ 1º A prioridade de que trata o caput fundamenta-se na natureza itinerante da profissão e nos riscos ocupacionais a ela inerentes, especialmente os relacionados à saúde física e mental, e visa mitigar as dificuldades de fixação de residência para aguardo de procedimentos eletivos.

§ 2º A prioridade assistencial não se sobrepõe aos critérios de gravidade clínica e urgência médica estabelecidos pelos protocolos de regulação do SUS, sendo aplicada, em igualdade de condições clínicas, como critério de desempate na ordem de chamamento.

§ 3º A prioridade assegurada por esta Lei não exclui as prioridades já garantidas por legislação específica a outras categorias de usuários, como idosos, gestantes, pessoas com deficiência e portadores de doenças graves.

Art. 5º O atendimento ao motorista profissional fora de seu domicílio sanitário será viabilizado mediante a apresentação:

I - do Cartão Nacional de Saúde - CNS;

II - de documento de identificação com foto;

III - de documento que comprove o exercício da atividade profissional, nos termos do parágrafo único do art. 2º desta Lei.

Parágrafo único. O atendimento não poderá ser recusado em razão de o beneficiário possuir domicílio sanitário em município diverso daquele em que requeira o serviço.

CAPÍTULO III





CÂMARA DOS DEPUTADOS

DA INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA DE REGULAÇÃO

Art. 6º O Protocolo de Atendimento Itinerante será integrado ao Sistema Nacional de Regulação - SISREG e à Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, observando os fluxos e protocolos vigentes no SUS.

Art. 7º O Ministério da Saúde estabelecerá, em articulação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, os fluxos operacionais para a implementação do Protocolo de Atendimento Itinerante, contemplando:

I - a inserção do beneficiário nas filas de regulação do município em que se encontre, com a respectiva manutenção da posição já ocupada no município de domicílio sanitário, quando for o caso;

II - a portabilidade de exames, laudos, prontuários e resultados de procedimentos entre as unidades de saúde, observada a Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, e a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais);

III - a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde, no âmbito da Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS.

Art. 8º Será promovida a articulação intersetorial entre o Ministério da Saúde, o Ministério dos Transportes e a Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT para a implementação, o monitoramento e a avaliação do Protocolo de Atendimento Itinerante.

CAPÍTULO IV

DO FINANCIAMENTO

Art. 9º Os custos decorrentes do atendimento itinerante de que trata esta Lei serão objeto de compensação financeira entre os entes federados, na forma da regulamentação do Ministério da Saúde, utilizando-se os mecanismos de





CÂMARA DOS DEPUTADOS

transferência fundo a fundo, observadas as diretrizes da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 1º A operacionalização da compensação financeira observará os tetos e os parâmetros vigentes no SUS, sem implicar a criação de despesa nova ou a ampliação das obrigações financeiras dos entes federados além das já previstas no orçamento da saúde.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá utilizar os recursos do Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC para a operacionalização da compensação financeira.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados de sua publicação, dispondo, entre outros aspectos, sobre:

- I - os fluxos operacionais do Protocolo de Atendimento Itinerante;
- II - os critérios de monitoramento e avaliação;
- III - a integração com os sistemas de regulação e de informação do SUS;
- IV - os indicadores de desempenho do Protocolo;
- V - as ações educativas e informativas dirigidas aos beneficiários e aos profissionais do SUS.

Art. 11. O Ministério da Saúde apresentará, anualmente, relatório de monitoramento da implementação do Protocolo de Atendimento Itinerante, contendo dados de cobertura, tempo médio de atendimento, satisfação dos usuários e demais indicadores estabelecidos no regulamento.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Art. 12. Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A presente proposição tem por objeto instituir o Protocolo de Atendimento Itinerante - PAI no âmbito do Sistema Único de Saúde, em benefício dos motoristas profissionais do transporte rodoviário de cargas e de passageiros, categoria que se notabiliza pela essencialidade de sua atividade para a economia nacional, mas que, paradoxalmente, se vê privada de adequado acesso aos serviços públicos de saúde justamente em razão da natureza itinerante de seu ofício.

O motorista profissional brasileiro vive sob a tensão de uma equação difícil de resolver. Para garantir a renda da família e cumprir os compromissos assumidos com transportadoras, embarcadores e clientes, precisa estar nas estradas. Quando adoece ou necessita de exames e procedimentos eletivos pelo SUS, entretanto, depara-se com um sistema de saúde estruturado predominantemente em bases territoriais, que pressupõe a fixação do usuário em seu município de domicílio. Essa contradição se manifesta de modo dramático em casos concretos. Imagine-se o caminhoneiro acreano que, no curso de uma viagem a São Paulo, sente os sintomas de uma condição que demandaria investigação por ressonância magnética. Ao buscar o SUS no Estado em que se encontra, é orientado a procurar o atendimento em seu município de origem, o que pode significar dias de espera, cancelamento de fretes e perdas financeiras significativas. Por outro lado, se aguardar o retorno ao Acre, perderá tempo valioso de diagnóstico, com prejuízos potencialmente graves para sua saúde. O mesmo ocorre, em sentido inverso, com o motorista paulista que se acidenta ou adoece em trânsito pelo Acre. Esse cenário, que se repete diariamente em milhares de situações pelo País, configura verdadeira lacuna assistencial decorrente do modelo de regulação do SUS, e demanda resposta específica do Poder Público.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

A proposição se ampara em sólido alicerce constitucional. O art. 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O conceito de acesso igualitário, à luz da doutrina contemporânea e da jurisprudência constitucional, não se reduz à mera igualdade formal, mas comporta o princípio da equidade, segundo o qual o tratamento desigual a indivíduos em situações desiguais é exigência da própria isonomia material. É precisamente sobre esse fundamento que se assenta a proposta: o motorista profissional encontra-se em situação singular, que justifica o reconhecimento de prioridade assistencial específica. Quanto à competência legislativa, a matéria insere-se na competência concorrente da União para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24, inciso XII, CF), cabendo-lhe estabelecer normas gerais. As diretrizes constitucionais do SUS, previstas no art. 198 da Carta Magna, notadamente a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, são plenamente observadas pela proposição. Tampouco há que se falar em vício de iniciativa. O projeto institui diretriz nacional de política pública de saúde, sem criar cargos, funções ou empregos, sem alterar a estrutura de órgãos da Administração Pública e sem fixar a remuneração de servidores. Situa-se, portanto, fora das hipóteses de iniciativa reservada do Chefe do Poder Executivo (art. 61, § 1º, CF). A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal é firme em admitir a iniciativa parlamentar para a edição de leis que concretizem direitos fundamentais, sem interferência na organização administrativa do Poder Executivo.

Cumprir enfrentar, com a devida transparência, a questão do impacto orçamentário e financeiro da proposição, em atenção ao disposto no art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), e nas Leis de Diretrizes Orçamentárias. A análise técnica revela que a proposição não cria despesa nova, não amplia obrigações financeiras dos entes federados além das já existentes e não institui benefício de natureza tributária ou financeira que demande compensação. O





CÂMARA DOS DEPUTADOS

atendimento aos motoristas profissionais constitui obrigação preexistente do SUS, decorrente do art. 196 da Constituição Federal e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. O projeto não cria novo direito à assistência, mas apenas estabelece critério organizacional para a prestação de um serviço que já é devido pelo Estado a todo cidadão. A prioridade assistencial nele estabelecida é, em essência, critério de organização de filas, e não criação de nova modalidade de assistência. O motorista profissional continuará a usufruir dos mesmos serviços já oferecidos pelo SUS, apenas o fazendo, em razão da natureza itinerante de sua atividade, com a precedência necessária a evitar que a continuidade do exercício profissional incompatibilize-se com o acesso ao tratamento.

A compensação financeira entre os entes federados, prevista no art. 9º, opera dentro dos mecanismos e tetos já existentes no SUS, valendo-se dos instrumentos consagrados de transferência fundo a fundo e dos recursos do Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC, sem demandar a criação de novas fontes de financiamento ou a ampliação dos pisos atualmente assegurados. Mais que isso, o projeto possui o potencial de produzir economia de gastos ao SUS, no médio e longo prazos. O acesso tempestivo a exames diagnósticos e cirurgias eletivas evita o agravamento de quadros clínicos, reduzindo a demanda por atendimentos de urgência e emergência, notoriamente mais onerosos. A continuidade do exercício profissional, viabilizada pelo atendimento itinerante, reduz a procura por benefícios previdenciários por incapacidade temporária ou permanente, com economia para o Regime Geral de Previdência Social. A redução de afastamentos prolongados do trabalho contribui para a preservação da capacidade laboral da categoria, com reflexos positivos sobre a arrecadação tributária e previdenciária. A melhoria da saúde dos motoristas reduz o risco de acidentes de trânsito decorrentes de condições clínicas não diagnosticadas ou não tratadas, com impacto positivo sobre o sistema de saúde, o sistema previdenciário e a segurança viária.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

A proposição traz, ainda, salvaguarda explícita à neutralidade fiscal da medida. O § 1º do art. 9º é expresso ao estabelecer que a operacionalização da compensação financeira observará os tetos e os parâmetros vigentes no SUS, sem implicar a criação de despesa nova ou a ampliação das obrigações financeiras dos entes federados além das já previstas no orçamento da saúde. A vacatio legis de 180 (cento e oitenta) dias, estabelecida no art. 12, em conjunto com o prazo idêntico para regulamentação pelo Poder Executivo (art. 10), permite ao Ministério da Saúde planejar adequadamente a implementação do Protocolo, contemplando-a, se necessário, no ciclo orçamentário subsequente, em conformidade com as diretrizes da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, e da Lei de Responsabilidade Fiscal. Em consequência, a proposição se mostra plenamente compatível com a Lei de Responsabilidade Fiscal, com o art. 113 do ADCT e com as exigências de equilíbrio das contas públicas.

A versão ora apresentada incorpora aprimoramentos técnicos relevantes em relação à minuta inicial, dignos de registro. O art. 2º oferece definição precisa dos beneficiários, com a indicação expressa do motorista empregado, do Transportador Autônomo de Cargas, do motorista autônomo de passageiros e do motorista cooperado, evitando-se interpretações restritivas que poderiam excluir parcelas da categoria. O art. 3º traz definições conceituais, com a explicitação dos conceitos de prioridade assistencial, atendimento itinerante e domicílio sanitário, conferindo segurança jurídica à aplicação da norma. O art. 4º detalha as modalidades de atendimento abrangidas pela prioridade, incluindo exames de média e alta complexidade, cirurgias eletivas, atendimento ambulatorial especializado e consultas com especialistas, e contempla, em seu § 3º, cláusula expressa de não exclusão de outras prioridades, preservando os direitos já assegurados a outras categorias de usuários. Os arts. 6º e 7º promovem a integração do Protocolo com o Sistema Nacional de Regulação e com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, além de assegurarem a portabilidade de exames, laudos e prontuários, com observância da Lei Geral de Proteção de Dados. O art. 8º estabelece a articulação intersetorial entre o Ministério da Saúde, o Ministério dos Transportes e a ANTT. O art. 11, por fim, prevê a





CÂMARA DOS DEPUTADOS

apresentação anual de relatório de monitoramento da implementação do Protocolo, conferindo transparência e mecanismos de avaliação à medida.

A categoria dos motoristas profissionais é responsável por movimentar mais de 60% (sessenta por cento) das cargas transportadas no País, segundo dados consagrados do setor de transportes. São esses trabalhadores que asseguram o abastecimento dos centros urbanos, a chegada dos insumos às fábricas, o escoamento da produção agrícola para os portos e a integração territorial de um país de dimensões continentais. Esse esforço, contudo, tem custos humanos elevados. Estudos epidemiológicos demonstram que os motoristas profissionais apresentam prevalência superior à da população geral para uma série de agravos à saúde, entre os quais se destacam as doenças cardiovasculares, os transtornos osteomusculares, a obesidade, o diabetes, os transtornos do sono, a hipertensão arterial e os transtornos mentais relacionados ao trabalho, especialmente a ansiedade, a depressão e o uso abusivo de substâncias psicoativas. A esses fatores soma-se a precariedade do acesso à saúde, agravada pela mobilidade ocupacional. O resultado é uma equação perversa: a categoria que mais necessita de atenção integral à saúde é, paradoxalmente, aquela que mais encontra barreiras para fruir desse direito. O Protocolo de Atendimento Itinerante ora proposto oferece resposta institucional a esse problema, valendo-se de mecanismos já existentes no SUS, sem onerar os cofres públicos com despesas adicionais e sem comprometer os direitos de outras categorias de usuários. Trata-se de medida de baixíssimo custo operacional e de altíssimo impacto social, plenamente alinhada aos princípios do SUS e aos compromissos do Estado brasileiro com a saúde de seu povo.

A iniciativa adquire significado particular para o Estado do Acre, em razão de suas características geográficas. A posição do Estado, no extremo ocidental do território brasileiro, faz com que os caminhoneiros acreanos percorram, rotineiramente, longas distâncias para o transporte de mercadorias, especialmente até os centros consumidores do Sudeste e do Sul, permanecendo, em consequência,





CÂMARA DOS DEPUTADOS

longos períodos afastados de seu domicílio. A mesma circunstância afeta, em sentido inverso, os motoristas de outras unidades da Federação que se deslocam ao Acre. O Protocolo de Atendimento Itinerante constitui, portanto, instrumento de justiça territorial e de afirmação do direito à saúde para uma categoria que, em razão de sua atividade, vive permanentemente em movimento, mas que não pode, por isso, ser deixada à margem das políticas públicas de saúde.

A presente proposição representa, em síntese, iniciativa de relevante interesse público, constitucionalmente fundamentada, juridicamente sólida, tecnicamente bem elaborada e fiscalmente neutra, vocacionada a corrigir distorção histórica no acesso à saúde por uma categoria essencial à economia brasileira. Pela relevância social, pela coerência com os princípios constitucionais do SUS e pelo impacto direto e positivo sobre a vida de milhões de brasileiros que diariamente movimentam a economia do País, contamos com o decisivo apoio dos nobres Pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em ____ de _____ de 2026.

Deputado ROBERTO DUARTE

Republicanos/AC





CÂMARA DOS DEPUTADOS

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 13.103, DE 2 DE MARÇO DE 2015	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13103-2-marco-2015-780193-norma-pl.html
LEI Nº 11.442, DE 5 DE JANEIRO DE 2007	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2007/lei-11442-5-janeiro-2007549026-norma-pl.html
LEI Nº 13.787, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2018	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13787-27-dezembro-2018-787543-norma-pl.html
LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13709-14-agosto-2018787077-norma-pl.html
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990365093-norma-pl.html
LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2012/leicomplementar-141-13janeiro-2012-612270-norma-pl.html

FIM DO DOCUMENTO