



RESOLUÇÃO SESA Nº 080/2015

(Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9408, de 11/03/15)

Estabelece a utilização do “nome social” nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde e nos estabelecimentos de saúde com vínculo com o Sistema Único de Saúde, no âmbito do Estado Paraná, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais estatutárias que lhe são conferidas pelo artigo 45, inciso XIV, da Lei Estadual nº 8.485, de 03 de junho de 1987; artigo 8º, inciso IX, do Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde aprovado pelo Decreto nº 9.921/2014 e,

- considerando o disposto no art. 5º da Constituição Federal de 1988 e a Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006;
- considerando as diretrizes e princípios para a consolidação do Sistema Único de Saúde, art. 196 da Constituição Federal de 1988, segundo os princípios da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e controle social;

RESOLVE:

Art. 1º - As unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde, bem como os prestadores de serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito do Estado do Paraná, farão constar o “nome social” das pessoas travestis e transexuais nos registros relativos aos serviços públicos de saúde, tais como fichas de cadastro, formulários, prontuários, identificação de leitos, evolução do paciente, crachás e outros documentos congêneres.

§ 1º - Entende-se por “nome social”, para as finalidades desta resolução, a identificação pela qual travestis e transexuais se reconhecem e se identificam por sua comunidade e em seu meio social.

§ 2º - Nos documentos mencionados no *caput* deste artigo deverá constar, preferencialmente, o “nome social”, com exceção dos documentos, que dada sua natureza legal, é imprescindível o uso exclusivo do nome civil.



Art. 2º - Os materiais impressos, tais como crachás, carteiras de identificação, prontuários, etiquetas ou outros documentos que constem a identificação do usuário do Sistema Único da Saúde deverá disponibilizar campo para que nele conste o “nome social”.

Art. 3º - As unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde deverão observar a vontade do travesti ou transexual em utilizar sua identidade de gênero equivalente ao seu “nome social” sempre que houver a necessidade de acomodação em ambientes que exijam a separação por sexo, a exemplo de enfermarias e alas de internamento.

§ 1º - Na impossibilidade de manifestação da pessoa travesti ou transexual para os fins do *caput* deste artigo, valerá a manifestação de seu acompanhante e, na sua ausência, na primeira oportunidade de manifestação pelo travesti ou transexual deverá prevalecer a sua vontade.

Art. 4º - Para fins desta Resolução adotam-se as declarações em anexo.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, revogando-se a Resolução nº 188, de 08 de março de 2010.

Curitiba, 06 de março de 2015.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

***Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial**



ANEXO I da Resolução SESA nº 080/2015

(Nome da Unidade da SESA ou prestador do SUS)

Senhor(a) _____

Nos termos da Resolução SESA nº 080/2015, eu _____
_____ (nome civil do interessado), portador da Cédula de Identidade
nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____,
solicito a inclusão e uso do meu “nome social”
“ _____ ” (indicação do nome social), nos
registros estaduais relativos aos serviços públicos de saúde prestados por esta unidade
ou prestador de serviços do Sistema Único de Saúde.

Local, data

(assinatura do interessado)



ANEXO II da Resolução SESA nº 080/2015

(Unidade da Secretaria de Estado da Saúde ou estabelecimento de saúde prestador do SUS)

D E C L A R A Ç Ã O

Eu, _____ (nome completo do servidor ou empregado de estabelecimento prestador do SUS), registro funcional nº _____, na presença das testemunhas abaixo identificadas, certifico que _____ (nome civil completo do interessado), portador da Cédula de Identidade nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, requereu a inclusão e uso do seu “nome social” “_____” (indicação do nome social), nos registros estaduais relativos aos serviços públicos de saúde prestados por este _____ (indicação da unidade da Secretaria de Estado da Saúde), nos termos da Resolução SESA nº 080/2015.

Local, data

(assinatura e carimbo do servidor ou empregado do estabelecimento de saúde prestador do SUS)

Testemunhas:

1. _____ (nome, RG e CPF)

(assinatura)

2. _____ (nome, RG e CPF)

(assinatura)