

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
	Departamento Atenção Primária Saúde - APS		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Atenção Primária - APS	Emissão: 24/06/2026	Próxima Revisão: 12 Meses
	Aplicável: Saúde Bucal	Página 1 de 5	

Protocolo de atendimento aos adolescentes

1. Objetivo

Garantir atendimento odontológico ético, seguro e em conformidade com as normas do CFO e legislação vigente, assegurando consentimento válido para atendimento de menores de idade.

2. Público alvo

Adolescentes entre 12 e 17 anos.

3. Base Legal e ética

Conselho Federal de Odontologia – Código de Ética Odontológica:

- Art. 11, VIII: proíbe iniciar tratamento em menor sem autorização do responsável legal, exceto urgência/emergência
- Art. 11, XII: exige consentimento prévio para qualquer procedimento odontológico

Estatuto da Criança e do Adolescente:

- Define adolescente como pessoa entre 12 e 18 anos incompletos
- Garante proteção integral e prioridade no atendimento com responsabilidade legal

4. Condutas clínicas

4.1 Quando o responsável estiver presente

Conduta obrigatória:

- Avaliação clínica completa
- Explicação do diagnóstico ao responsável e ao paciente
- Elaboração do plano de tratamento
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

R

Procedimento Operacional Padrão – Protocolo de atendimento aos adolescentes	Emissão: Junho/2026 Revisão: Junho/2027 Atualização: Anual	 
---	--	---

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
	Departamento Atenção Primária Saúde - APS		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Atenção Primária - APS	Emissão: 24/06/2026	Próxima Revisão:
	Aplicável: Saúde Bucal	Página 3 de 5	12 Meses

- Consentimento explícito para o procedimento
- Esclarecimento de riscos e alternativas

Não é permitido:

- Realizar exodontia com adolescente desacompanhado
- Realizar exodontia apenas com autorização prévia sem presença do responsável

5. Registro Obrigatório em prontuário

No Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

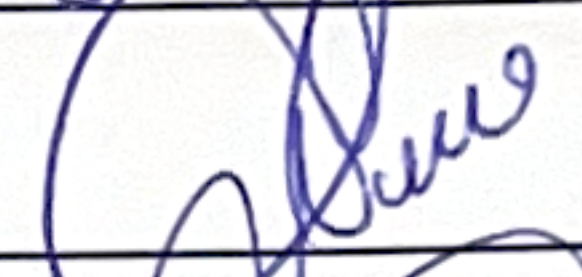
- Condição clínica inicial
- Procedimentos realizados
- Presença ou ausência do responsável
- Tipo de autorização utilizada
- Realizar exodontia apenas com autorização prévia sem presença do responsável
- Orientações fornecidas
- Tentativas de contato com responsável (se aplicável)

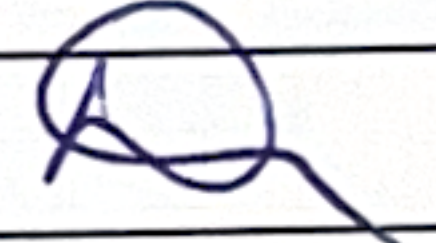
6. Fluxograma

Procedimento Operacional Padrão – Protocolo de atendimento aos adolescentes	Emissão: Junho/2026 Revisão: Junho/2027 Atualização: Anual	 
---	--	---

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
	Departamento Atenção Primária Saúde - APS		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Atenção Primária - APS	Emissão: 24/06/2026	Próxima Revisão: 12 Meses
	Aplicável: Saúde Bucal	Página 5 de 5	

Elaboração e ciência

Beatriz Chylevski	Chefe de Divisão de Complexidade de Saúde Bucal	
Ariane Renata Kono	Responsável Técnica de Saúde Bucal	
Gabrielle Godoy dos Santos	Chefe de Divisão de Complexidade de USF/UBS	

Revisado por:	Função	Assinatura
Daniel Freitas	Secretário Municipal de Saúde	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE ADOLESCENTE

Obrigatoriamente deve ser assinado na Primeira Consulta e tem validade de 6 meses

Adolescente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Responsável legal: _____

CPF/RG: _____

Eu, responsável legal acima identificado (a), AUTORIZO o atendimento odontológico do (a) adolescente mencionado (a), incluindo avaliação, exames, anestesia local e procedimentos necessários ao tratamento, após orientação profissional.

Recebi informações claras sobre o estado de saúde bucal do (a) adolescente e sobre os procedimentos indicados;

Comprometo-me a fornecer informações verdadeiras sobre histórico médico, alergias, uso de medicamentos e condições de saúde;

Estou ciente que em caso de necessidade de extração dentária, eu responsável deverei estar presente.

Estou ciente de que poderei revogar esta autorização por escrito a qualquer momento.

Declaro que forneci informações corretas sobre a saúde do (a) adolescente e que tive oportunidade de esclarecer dúvidas.

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável legal: _____

Assinatura do Cirurgião-Dentista: _____

CRO: _____



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXTRAÇÃO DENTÁRIA

Unidade de Saúde: _____

Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Responsável legal (se menor): _____

Declaro que fui informado (a) sobre a necessidade da extração do (s) dente (s) _____, bem como sobre os cuidados, benefícios e possíveis riscos do procedimento, incluindo dor, sangramento, inchaço, infecção, alveolite, necessidade de sutura e medicação complementar e que podem ocorrer, ainda que raramente: parastesia temporária ou permanente, fratura dentária ou óssea demais intercorrências decorrentes do procedimento.

Recebi orientações quanto aos cuidados pós-operatórios, especialmente:

- Evitar esforço físico nas primeiras 24 horas; não cuspir ou fazer bochechos vigorosos no dia da cirurgia; evitar fumar e ingerir bebidas alcoólicas; seguir corretamente as prescrições medicamentosas e retornar para avaliação quando solicitado.

Declaro também que forneci informações corretas sobre meu estado de saúde e uso de medicamentos.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente/responsável legal: _____

Assinatura do Cirurgião-Dentista: _____

CRO: _____

