

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

Protocolo de atendimento aos adolescentes – Recepção

1. Objetivo

Estabelecer normas para agendamento e recepção para pacientes adolescentes, garantindo conformidade ética e legal, especialmente quanto à exigência de responsável legal na primeira consulta. Este protocolo segue o código de ética Odontológica segundo o Conselho Federal de Odontologia.

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

Diretriz consolidada pelos Conselhos Regionais de Odontologia:

- Menores de 18 anos necessitam de representante legal para consentimento em tratamentos odontológicos eletivos;
- A primeira consulta deve ser obrigatoriamente ocorrer com o responsável presente;
- Atendimento desacompanhado só é permitido mediante a a utorização formal assinada pelo responsável;
- Exceção: urgência e emergência.

4. Primeira consulta programada



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: Recepção	Página 2 de 5	

Na Primeira Consulta é obrigatório:

- Presença do pai, mãe ou responsável legal;
- Documento do responsável;
- Documento do adolescente;
- Cadastro completo do paciente;

5. Exodontias (Extrações dentárias)

Para qualquer procedimento de exodontia em pacientes adolescentes de 12 a 18 anos incompletos, É OBRIGATÓRIO:

- Presença do responsável legal durante o atendimento
- O termo de consentimento para extração dentária (TCLE) assinado pelo responsável.

NÃO é PERMITIDO:

- Realizar exodontia com o adolescente desacompanhado;
- Realizar exodontia apenas com a autorização sem a presença do responsável.

6. Orientação de Agendamento

Mensagem padrão (WhatsApp / telefone / balcão):

“Para atendimento odontológico de pacientes menores de 18 anos, a primeira consulta deve obrigatoriamente ser realizada com a presença do responsável legal, conforme normas éticas do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Odontologia. Além disso, procedimentos de extração dentária exigem obrigatoriamente a presença do responsável no momento do atendimento.”

7. Consultas Subsequentes

Após a primeira consulta com autorização, pode comparecer desacompanhado SE houver:

- Plano de tratamento previamente aprovado
- Autorização formal assinada pelo responsável

8. Urgência e Emergência

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: Recepção	Página 3 de 5	

Se o adolescente comparecer sozinho o atendimento será permitido apenas para:

- Dor aguda
- Trauma
- Infecção
- Sangramento

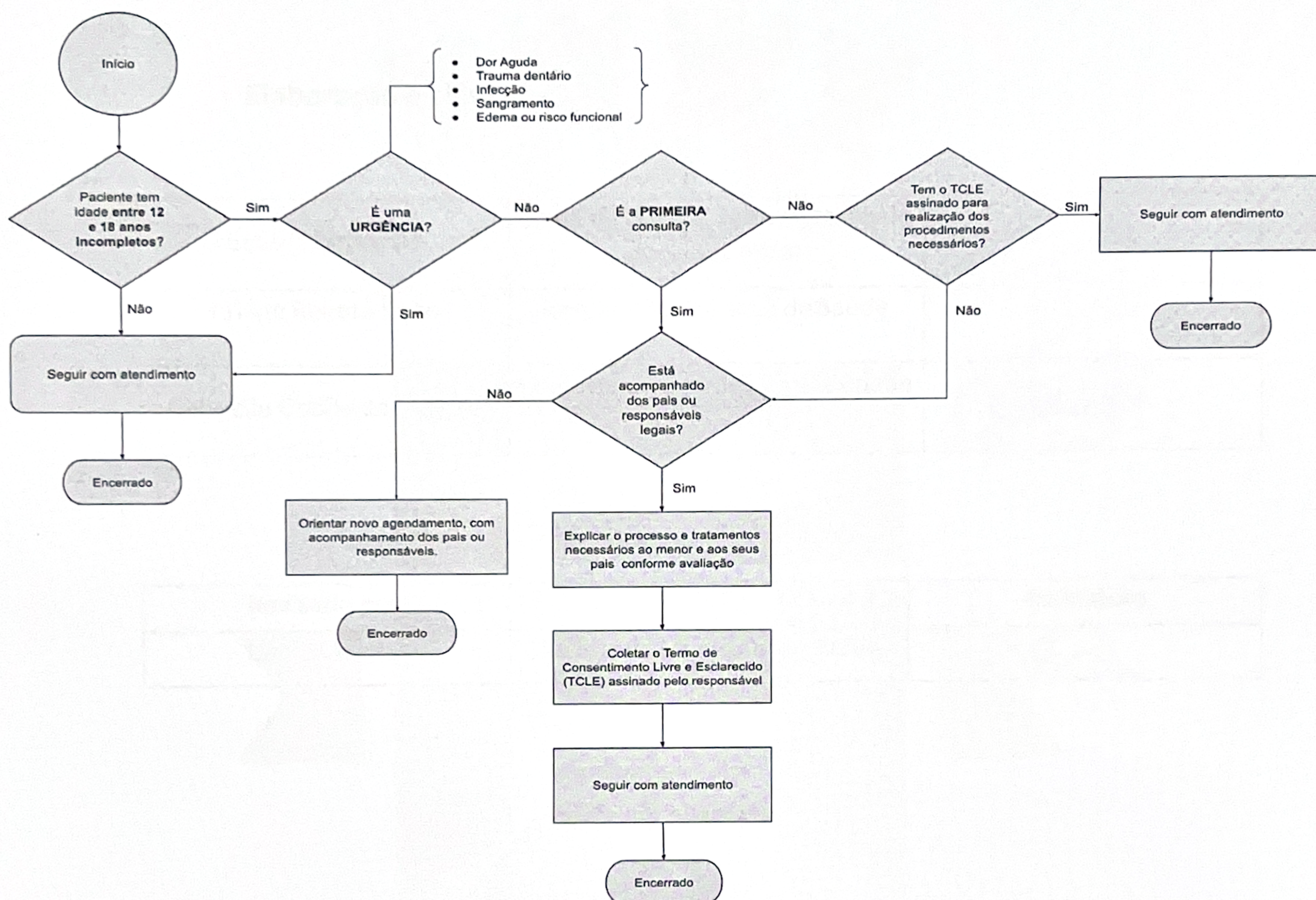
Conduta:

- Comunicar o responsável legal

9. Responsabilidade da Recepção

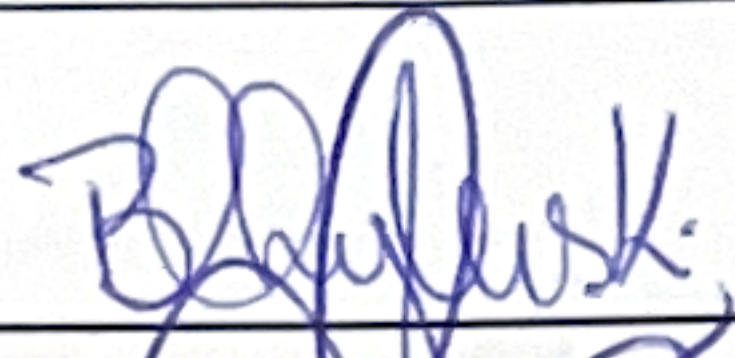
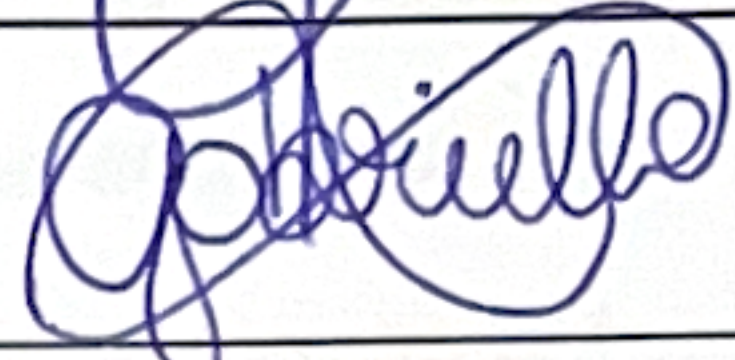
- Conferir idade do paciente
- Informar regra obrigatória da primeira consulta com responsável
- Não confirmar agendamento sem essa condição
- Informar obrigatoriedade de responsável NAS CONSULTAS DE EXODONTIA

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
	Departamento Atenção Primária Saúde - APS		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Atenção Primária - APS	Emissão: 24/06/2026	Próxima Revisão: 12 Meses
	Aplicável: Recepção	Página 4 de 5	



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



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: _____

