



Saúde Bucal



AUTORIZAÇÃO

Ao responsável pelo/a aluno/a

Será realizada atividade de saúde bucal com os alunos, incluindo avaliação bucal. Caso seja identificada alguma necessidade de intervenção, como aplicação tópica de flúor e/ou tratamento restaurador, os profissionais de saúde poderão realizar as ações na própria escola. Para isso, solicitamos a autorização para participar dessas atividades.

Estou **ciente e autorizo** a realização das ações indicadas acima.

Não autorizo.

Assinatura _____

Data: _____ / _____ / _____

O Programa Saúde na Escola (PSE), é uma política intersetorial da Saúde e da Educação. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral.



**Prefeitura de
Porto Alegre**
SECRETARIA DE SAÚDE