

ANEXO I
MEMORIAL DESCRITIVO DOS CASOS CLÍNICOS EM SEDAÇÃO
ODONTOLÓGICA
PERÍODO DE TRANSIÇÃO - RESOLUÇÃO CFO-SEC-295/2026

Este memorial integra o Formulário Nacional de Requerimento de Registro e Inscrição em Habilitação em Sedação em Odontologia e deve ser apresentado com os documentos comprobatórios indicados em cada caso, observados os Critérios para Comprovação dos Casos Clínicos que o acompanham.

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome			
CPF		Nº de inscrição no CRO / UF	
Telefone		E-mail	

2. MODALIDADE REQUERIDA

☐	Habilitação Básica em Sedação em Odontologia	Artigo 39, inciso III
☐	Habilitação Avançada em Sedação em Odontologia	Artigo 55, inciso III

3. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUADRO DE CASOS

Data ou período	Informe a data do procedimento. Quando não for possível individualizá-la em razão de experiência pregressa, informe o período correspondente, nos termos do item 3 dos Critérios para Comprovação.
Local de realização	Informe a clínica, o consultório, o hospital, a instituição de ensino ou o estabelecimento em que ocorreu o procedimento.
Procedimento odontológico	Descreva de forma sucinta o procedimento associado à sedação, sem inserir dados que identifiquem o paciente.
Nível de sedação	Informe o nível de sedação correspondente ao caso (mínima, moderada ou profunda), conforme os artigos 6º a 8º da Resolução.
Via de administração	Informe a via utilizada para a sedação. Na Habilitação Avançada, os casos pela via endovenosa devem ser identificados de forma expressa.
Atuação do requerente	Informe o código R quando o requerente tiver sido o responsável pela administração e pela monitorização da sedação, ou o código D quando tiver acompanhado o caso na condição de docente ou supervisor responsável em atividade de ensino.

Documento comprobatório	Informe o código atribuído ao documento ou conjunto de documentos que respalda o caso (por exemplo, DOC-01), o qual deverá constar também do próprio documento anexado. Um mesmo documento pode respaldar vários casos quando abranger o respectivo conjunto de procedimentos.
------------------------------------	--

4. QUADRO DOS CASOS CLÍNICOS

Utilize folhas complementares quando necessário, mantendo a numeração sequencial dos casos. Na coluna Atuação, utilize R (responsável pela sedação) ou D (docente ou supervisor responsável).

Nº	Data ou período	Local de realização	Procedimento odontológico	Nível de sedação	Via de administração	Atuação (R ou D)	Documento comprobatório
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							



Nº	Data ou período	Local de realização	Procedimento odontológico	Nível de sedação	Via de administração	Atuação (R ou D)	Documento comprobatório
13							
14							
15							
16							
17							
18							

5. QUADRO-RESUMO DOS CASOS CLÍNICOS

Para as duas modalidades, computa-se 1 (uma) hora para cada caso clínico, somada à carga horária específica dos cursos e eventos apresentados (artigos 39 e 55, parágrafo único).

Número total de casos clínicos relacionados	
Casos em que o requerente atuou como responsável pela sedação (R)	
Casos acompanhados na condição de docente ou supervisor responsável (D)	
Carga horária correspondente aos casos clínicos (1 hora por caso)	

Preenchimento adicional para a Habilitação Avançada

Número de casos de sedação pela via endovenosa (mínimo de 20)	
Demais casos de sedação	
Total geral de casos	
Período de prática clínica efetiva em sedação (mínimo de 2 anos)	de __/__/____ a __/__/____

6. DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E RESPONSABILIDADE

Declaro, sob as penas da lei e das normas éticas aplicáveis, que os casos relacionados neste Memorial correspondem à minha efetiva experiência profissional em sedação odontológica, na condição de participação indicada em cada caso, e que as informações apresentadas são verdadeiras.

Declaro que os documentos indicados como comprobatórios correspondem aos casos ou conjuntos de casos aos quais foram vinculados e que se encontram anexados a este Memorial ou disponíveis para eventual diligência.

Estou ciente de que a apresentação deste Memorial não implica reconhecimento automático dos casos nem concessão da habilitação, ficando as informações e os documentos sujeitos à análise e, quando necessário, à complementação ou diligência pelo Sistema Conselhos de Odontologia.

7. DECLARAÇÃO DE PROTEÇÃO AO SIGILO

Declaro que foram preservados o sigilo profissional e os dados pessoais dos pacientes, e que foram incluídas neste Memorial apenas as informações estritamente necessárias à comprovação da

experiência profissional. O Memorial não contém nome, CPF, endereço, telefone ou qualquer outro elemento que permita a identificação direta dos pacientes.

Local	Data
Nome completo do requerente	Nº de inscrição no CRO / UF
Assinatura do requerente	

CRITÉRIOS PARA COMPROVAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS DECLARADOS NO ANEXO I

MEMORIAL DESCRITIVO DOS CASOS CLÍNICOS EM SEDAÇÃO ODONTOLÓGICA

1. FINALIDADE

Este documento estabelece critérios para a apresentação e a análise da documentação destinada à comprovação dos casos clínicos informados no Anexo I, para fins de instrução dos requerimentos de habilitação em sedação durante o período de transição previsto na Resolução CFO-SEC-295/2026.

Tem por finalidade promover padronização, objetividade, segurança documental e uniformidade de análise no âmbito do Sistema Conselhos de Odontologia, considerando as diferentes formas pelas quais o cirurgião-dentista pode ter desenvolvido sua experiência profissional em sedação.

2. PRINCÍPIOS GERAIS DA COMPROVAÇÃO

A comprovação da experiência clínica deverá permitir estabelecer, de maneira razoável e verificável, a relação entre os seguintes elementos.

- I – o cirurgião-dentista requerente;
- II – a atividade de sedação odontológica declarada;
- III – o período de realização;
- IV – o local de atuação; e
- V – os casos clínicos relacionados no Memorial Descritivo.

A documentação será analisada considerando sua autenticidade, pertinência, coerência e correspondência com as informações constantes do Memorial Descritivo, cabendo ao requerente demonstrar a experiência declarada.

A comprovação poderá ocorrer mediante documentos individuais ou consolidados, não sendo necessária, como regra, a apresentação integral de prontuário para cada caso clínico. Um mesmo documento poderá comprovar mais de um caso, desde que seja possível estabelecer sua correspondência com o conjunto de procedimentos declarados.

3. INDIVIDUALIZAÇÃO DOS CASOS

Cada caso deverá ser relacionado no Anexo I mediante numeração sequencial e conter, no mínimo, as seguintes informações.

- I – número do caso;
- II – data ou período de realização;
- III – local de atuação;
- IV – procedimento odontológico realizado;
- V – nível de sedação;
- VI – via de administração;

VII – condição de participação do requerente, como responsável pela sedação (R) ou como docente ou supervisor responsável em atividade de ensino (D); e

VIII – código do documento comprobatório correspondente.

Será admitida a informação por período, especialmente em relação a experiências profissionais pretéritas, quando a documentação disponível não permitir a identificação da data exata do procedimento, desde que preservada a possibilidade de verificação da experiência declarada.

4. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Poderão ser utilizados, isoladamente ou em conjunto, conforme a natureza da atuação profissional, os seguintes documentos.

- I – documentos de comprovação direta da atividade clínica, tais como registros clínicos anonimizados, fichas ou registros de sedação, relatórios assistenciais ou outros documentos que demonstrem a realização dos procedimentos;
- II – documentos institucionais consolidados, incluindo declarações emitidas por clínicas, hospitais, instituições de ensino, serviços de saúde ou outras pessoas jurídicas nas quais tenham sido realizados os procedimentos;
- III – documentos relacionados à prestação de serviços, incluindo contratos, notas fiscais, recibos de pagamento a autônomo e documentos equivalentes, desde que contenham elementos capazes de relacioná-los à atividade de sedação declarada;
- IV – outros documentos idôneos capazes de contribuir para a comprovação da efetiva experiência profissional declarada.

A enumeração acima possui caráter orientativo, podendo ser admitidos outros documentos pertinentes à comprovação. Cada documento deverá ser identificado com o código indicado no Memorial Descritivo.

5. DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL CONSOLIDADA

Quando os procedimentos tiverem sido realizados de forma regular em determinada clínica, hospital, instituição de ensino ou serviço de saúde, poderá ser apresentada Declaração Institucional Consolidada de Experiência Clínica em Sedação, conforme modelo anexo, que deverá conter, sempre que possível, os seguintes elementos.

- I – identificação do requerente e respectiva inscrição no CRO;
 - II – identificação da instituição e respectivo CNPJ;
 - III – período de atuação;
 - IV – natureza da atuação profissional;
 - V – número de procedimentos de sedação realizados pelo requerente como responsável pela sedação e, se for o caso, acompanhados na condição de docente ou supervisor responsável em atividade de ensino;
 - VI – nível ou níveis e via ou vias de sedação empregados;
 - VII – informação de que os dados declarados encontram respaldo nos registros da instituição;
- e

VIII – identificação, função e assinatura do representante legal ou do responsável técnico da instituição.

Uma única declaração institucional poderá comprovar múltiplos casos, desde que os respectivos procedimentos estejam relacionados no Memorial Descritivo e vinculados à declaração apresentada.

6. PROFISSIONAL AUTÔNOMO OU PRESTADOR DE SERVIÇOS EM MÚLTIPLOS ESTABELECIMENTOS

Quando a experiência profissional tiver sido adquirida mediante prestação de serviços de forma autônoma, eventual, itinerante ou em múltiplos estabelecimentos, não será exigida a existência de vínculo empregatício ou permanente com os locais onde os procedimentos foram realizados.

A comprovação poderá ocorrer mediante conjunto documental formado por um ou mais elementos capazes de demonstrar, de maneira coerente, a efetiva atuação profissional em sedação, tais como os seguintes.

- a) declarações dos estabelecimentos contratantes;
- b) contratos de prestação de serviços;
- c) notas fiscais que identifiquem a natureza do serviço;
- d) recibos ou documentos equivalentes;
- e) registros assistenciais anonimizados;
- f) fichas ou relatórios de sedação;
- g) outros documentos contemporâneos à prestação do serviço.

Não será necessária, como regra, a apresentação de declaração individual de todos os estabelecimentos nos quais o profissional tenha atuado, desde que o conjunto documental apresentado seja suficiente para demonstrar a experiência declarada.

Documentos que comprovem exclusivamente vínculo profissional ou prestação genérica de serviços odontológicos, sem elementos que permitam relacioná-los à atividade de sedação, serão considerados documentos complementares e não serão suficientes, isoladamente, para comprovar o número de casos declarados.

7. EXPERIÊNCIAS PREGRESSAS E IMPOSSIBILIDADE DE OBTENÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO INSTITUCIONAL

Quando, em razão do tempo decorrido, do encerramento das atividades do estabelecimento ou de outra circunstância justificável, não for possível obter declaração institucional ou documentação originalmente produzida pelo serviço, o requerente poderá apresentar outros elementos documentais disponíveis capazes de contribuir para a demonstração da experiência declarada.

Nessas situações, os documentos serão apreciados em conjunto, considerando sua coerência com o Memorial Descritivo, com o período de atuação profissional e com os demais elementos apresentados.

A impossibilidade de apresentação de determinado tipo de documento não implicará, por si só, o indeferimento da experiência declarada, podendo ser solicitada complementação documental ou

realizada diligência. A ausência de documentação institucional não dispensa o requerente de demonstrar, por outros meios idôneos, a experiência declarada.

8. DECLARAÇÃO DO PRÓPRIO REQUERENTE

A declaração firmada pelo requerente integra a instrução processual e implica sua responsabilidade pelas informações apresentadas.

A declaração pessoal será apreciada em conjunto com os demais elementos documentais disponíveis e não é suficiente, isoladamente, para comprovar o número de casos clínicos declarados.

9. PROTEÇÃO DO SIGILO DO PACIENTE

O Memorial Descritivo e os documentos apresentados deverão preservar o sigilo profissional e evitar a exposição desnecessária de dados pessoais dos pacientes.

Não deverão constar do Memorial nome, CPF, endereço, telefone ou outros dados que permitam a identificação direta do paciente. Quando forem apresentados documentos clínicos, deverão ser disponibilizadas apenas as informações estritamente necessárias à comprovação da experiência profissional.

10. DILIGÊNCIA E COMPLEMENTAÇÃO DOCUMENTAL

Quando os documentos apresentados não forem suficientes para a adequada análise da experiência declarada, poderá ser solicitada complementação documental ou realizada diligência.

A diligência poderá compreender, entre outras providências, a confirmação de informações perante instituições de ensino, clínicas, hospitais, empregadores, contratantes ou demais entidades relacionadas aos documentos apresentados, com base na autorização concedida pelo requerente no formulário de requerimento.

11. CRITÉRIOS DE ANÁLISE PELO CONSELHO REGIONAL

A análise preliminar do Conselho Regional de Odontologia verificará os seguintes aspectos.

- I – o preenchimento adequado do Memorial Descritivo;
- II – a correspondência entre os casos declarados e os documentos apresentados;
- III – a coerência entre período, local, nível e via de sedação e condição de participação do requerente;
- IV – a existência de documentação suficiente para respaldar a experiência declarada; e
- V – a eventual necessidade de complementação ou diligência.

A análise documental preliminar pelo Conselho Regional não implica, por si só, concessão da habilitação, permanecendo o processo sujeito à análise técnica e à decisão do Conselho Federal de Odontologia, nos termos dos artigos 41 e 58 da Resolução CFO-SEC-295/2026.

MODELO

**DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL CONSOLIDADA DE EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM
SEDAÇÃO ODONTOLÓGICA**

ATENÇÃO. A declaração deverá ser emitida obrigatoriamente em papel timbrado oficial da instituição, com elementos que permitam sua identificação, preferencialmente razão social, nome fantasia, CNPJ, endereço e meios institucionais de contato. Informe zero na quantidade de casos que não se aplicar.

DECLARAÇÃO

A _____ (razão social da instituição), inscrita no CNPJ sob o nº _____, com endereço em _____, DECLARA, para fins de comprovação de experiência profissional perante o Sistema Conselhos de Odontologia, que o(a) cirurgião(ã)-dentista _____, inscrito(a) no CRO-____ sob o nº _____, atuou nesta instituição no período de ____/____/____ a ____/____/____, exercendo atividades relacionadas à sedação em Odontologia.

Com base nos registros disponíveis nesta instituição, declara-se que o referido profissional, no período acima informado, realizou ____ (_____) casos clínicos de sedação odontológica na condição de responsável pela administração e pela monitorização da sedação e acompanhou ____ (_____) casos na condição de docente ou supervisor responsável em atividade de ensino.

Distribuição dos casos declarados

Nível de sedação	Via de administração	Condição (R ou D)	Nº de casos
TOTAL			

Legenda: R, responsável pela administração e pela monitorização da sedação. D, docente ou supervisor responsável em atividade de ensino.

Declara-se, ainda, que as informações acima encontram respaldo nos registros e documentos disponíveis nesta instituição, podendo sua autenticidade e seu conteúdo ser confirmados pelo Sistema Conselhos de Odontologia mediante diligência.

A presente declaração é emitida a pedido do interessado, exclusivamente para fins de comprovação de experiência profissional em sedação odontológica, no âmbito das regras de transição estabelecidas pela Resolução CFO-SEC-295/2026.

Local	Data
Nome do representante legal ou do responsável técnico	Cargo ou função (e nº de inscrição no CRO, se responsável técnico)
Assinatura e carimbo	