

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Rafael de Aguiar Barbosa

**SELAMENTO DE PERFURAÇÃO IATROGÊNICA COM O CIMENTO DE
PORTLAND: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Teixeira De Freitas-BA
2018

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Rafael de Aguiar Barbosa

**SELAMENTO DE PERFURAÇÃO IATROGÊNICA COM O CIMENTO DE PORTLAND:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Artigo Científico apresentado ao programa de especialização em Endodontia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, para obtenção de Título de especialista em endodontia.

Orientadora: Prof^a. MS. Camila Almeida de Andrade.

Teixeira De Freitas-BA

2018

Folha de Aprovação

O artigo científico intitulado: **“SELAMENTO DE PERFURAÇÃO IATROGÊNICA COM O CIMENTO DE PORTLAND: RELATO DE CASO CLÍNICO”** apresentado por seu titular a Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, para obtenção de título de especialista em ENDODONTIA, à comissão examinadora abaixo denominada, após autorização pela orientadora.

Teixeira de Freitas, _____ de _____ de 2018.

Coordenador: Prof. MS. Antônio Henrique Braitt dos Santos

Orientadora: Prof^a. MS. Camila Almeida de Andrade

Prof^a. Especialista Gladyvam Rabelo Braitt

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de selamento de perfuração iatrogênica utilizando Cimento de Portland. A paciente foi encaminhada pelo ortodontista para tratamento endodôntico do dente 21 com perfuração na região cervical e ausência de luz de canal. A mesma não relatava dor e não havia presença de fístula. Houve resposta negativa aos testes de percussão e palpação. Após anestesia, isolamento absoluto e remoção de restauração provisória, não foi identificada presença de canal radicular com auxílio de microscópio operatório nos aumentos de 6x, 10x, 16x, 25x e 40x. Após limpeza da perfuração com broca esférica número 4, o selamento ocorreu com cimento de Portland, manipulado na proporção 1:1 com solução fisiológica. Uma restauração provisória com ionômero de vidro foi inserida e a paciente encaminhada para realização de tomografia, sendo confirmada a presença do canal radicular. No entanto, a mesma negou-se a realizar o tratamento endodôntico por questões financeiras, mesmo após esclarecimentos sobre possíveis complicações. Conclui-se que o selamento de perfuração iatrogênica com cimento de Portland, neste caso clínico, obteve sucesso clínico e resultados favoráveis no exame tomográfico realizado após 06 meses.

Palavras-chave: Endodontia; Cimentos Dentários; Cavidade Pulpar.

ABSTRACT

The objective of this work was to present a case of iatrogenic perforation sealing using Portland cement. The patient was referred by the orthodontist for endodontic treatment of the tooth 21 with perforation in the cervical region and the absence of light channel. The same reported no pain and no presence of fistula. A negative response to percussion and palpation tests. After anesthesia, absolute isolation and removal of temporary restoration was not identified presence of the root canal with the aid of the surgical microscope increases 6x, 10x, 16x, 25x and 40x. After cleaning the perforation with a round bur to 4, sealing occurred with Portland cement, manipulated in a 1: 1with saline. A temporary restoration with glass ionomer was inserted and the patient was referred for conducting tomography confirmed the presence of the root canal. However, he refused to perform endodontic treatment for financial reasons, even after clarification about possible complications. It is concluded that iatrogenic perforation sealing with Portland cement in this case report, obtained clinical success and favorable results in tomographic examination performed after 06 months.

Key words: Endodontics; Dental Cements; Pulp cavity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1: Imagem da Radiografia inicial..... | 9 |
| Figura 2: Imagem Fotográfica da Perfuração na Região Cervical | 10 |
| Figura 3: Imagem Fotográfica do Microscópio Clínico Operatório | 10 |
| Figura 4: Imagem Fotográfica da Restauração Provisória..... | 11 |
| Figura 5: Imagens da Tomografia de Proservação da Paciente | 12 |
| Figura 6: Imagens da Tomografia de Proservação da Paciente | 12 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 RELATO DE CASO CLÍNICO..... | 9 |
| 3 DISCUSSÃO | 14 |
| 4 CONCLUSÃO | 17 |
| REFERÊNCIAS..... | 18 |
| ANEXO A – RELATÓRIO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA..... | 20 |
| ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 22 |

1 INTRODUÇÃO

Na prática da endodontia, existem fatores que comprometem o tratamento do canal radicular. Dentre estes, a perfuração é uma das principais falhas associadas ao tratamento endodôntico, e pode ser definida como a comunicação patológica ou iatrogênica entre o espaço do canal radicular e o tecido periodontal (ALVES et al., 2005).

As principais causas das perfurações encontram-se relacionadas às trepanações produzidas acidentalmente durante o acesso endodôntico, à instrumentação do sistema de canais radiculares, ao preparo de espaço intraradicular para pinos protéticos e ainda pode decorrer de processos cariosos e reabsorções radiculares (GONDIM JÚNIOR et al., 1999).

Apesar de causa multifatorial, a maioria das perfurações é induzida iatrogenicamente (COGO et al., 2009).

Andretta (2009) enfatiza que dentes com canais calcificados e que não apresentam luz de canal, não requerem tratamento, tendo em vista que, do ponto de vista técnico endodôntico, essa condição dificulta a localização e preparo dos canais, inviabilizando o tratamento devido à impossibilidade de acesso.

Lopes & Siqueira Júnior (2015) enfatizam que muitos profissionais, por falta de conhecimento prévio acabam procurando canais nestes dentes, resultando em perfurações radiculares.

Independente da etiologia, a perfuração pode comprometer o prognóstico do elemento dentário (TOMAZELLA, 2015). Sendo assim, de acordo com Bernabé et al. (2013), uma vez diagnosticada, o tratamento deve ser feito para selar o local, minimizar a lesão, eliminar micro-organismos do sistema de canais radiculares, evitar o risco de uma nova colonização bacteriana e prevenir a perda dentária.

O tratamento realiza-se mediante procedimentos endodônticos ou por meio de procedimentos cirúrgicos exteriores que visam possibilitar o selamento hermético do trajeto da perfuração (SANTOS, 2009).

No entanto, para ser bem-sucedido, o tratamento depende do diagnóstico precoce, da localização da perfuração, e, sobretudo, da escolha dos materiais utilizados (GODIM JÚNIOR et al., 1999).

Segundo Post et al. (2010), os materiais incluem amálgama, hidróxido de cálcio, ionômero de vidro, cimento biocerâmico, resina composta e o MTA (Agregado

de Trióxido Mineral). Estudos já realizados (FERRIS; BAUMGARTNER, 2004; DE DEUS, 2005; JUÁREZ et al., 2006), confirmaram que tanto o MTA quanto o Cimento de Portland (CP) apresentam composição física e biológica equivalente. No entanto, de acordo com Costa et al. (2014) o MTA apresenta óxido de bismuto como material radiopaco, enquanto o CP apresenta radiopacidade reduzida, que, segundo Barbosa et al. (2007), é um material que vem apresentando resultados satisfatórios no selamento de perfuração, tem ação antimicrobiana eficaz, estimula a deposição cementária e induz resposta tecidual pulpar reparadora.

Outra opção são os Biocerâmicos que, segundo Oliveira (2014), apresentam excelentes propriedades, tais como tridimensionalidade, funcionalidade, tempo de presa mais curto, pH alcalino e capacidade de liberação de íons de cálcio. Contudo, são materiais de custo elevado.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo apresentar um caso clínico de selamento de perfuração iatrogênica utilizando Cimento de Portland.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente G. M., 24 anos, gênero feminino, compareceu ao Instituto Baiano de Pesquisas Odontológicas (IBPO) para tratamento endodôntico do elemento dentário 21, sem presença de sintomatologia dolorosa.

Durante a anamnese, foi coletada a história médica da paciente, não sendo identificada nenhuma patologia que pudesse comprometer o atendimento odontológico. A queixa principal da mesma era “Quero colocar aparelho”. Porém, o ortodontista a encaminhou para avaliação endodôntica do incisivo central superior esquerdo.

Por meio do exame radiográfico (Figura 1), constatou-se a ausência de luz de canal, presença de restauração provisória e imagem sugestiva de tentativa de acesso endodôntico e perfuração na região cervical do dente. Para melhor avaliação do caso, foi solicitada tomografia computadorizada para verificar a presença de canal radicular até a região apical.



Figura 1: Imagem da Radiografia inicial

Ao exame clínico (Figura 1), confirmou-se presença da perfuração na região cervical (Figura 2), ausência de fístula e resposta negativa aos testes de percussão e palpação, além de restauração de ionômero de vidro na face palatina de dente em questão.

Procedeu-se a anestesia utilizando lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Taquara, RJ, Brasil) e agulha curta (Septoject XI – Septodont, Pomerode, SC, Brasil). Em seguida a restauração foi removida com broca esférica carbide nº 4 (Dentsply Maillefer, Petrópolis, RJ, Brasil) em alta rotação. O elemento dentário foi isolado com grampo 210 (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil), lençol de borracha (Madeitex, São José dos Campos, SP, Brasil) e arco de Ostby (Jon, Vila Esperança, SP, Brasil), com o propósito de eliminar e/ou reduzir a umidade local, visando atenuar os riscos decorrentes da contaminação com os fluidos bucais.



Figura 2: Imagem Fotográfica da Perfuração na Região Cervical



Figura 3: Imagem Fotográfica do Microscópio Clínico Operatório

Para dar prosseguimento ao tratamento indicado, o próximo passo foi a avaliação da cavidade para verificar a presença de canal radicular com auxílio de microscópio clínico operatório (Alliance Microscopia, Modelo ALL3, São Paulo, SP, Brasil) - (Figura 3) nos aumentos 6x, 10x, 16x, 25x e 40x e limas C Pilot 06, 08 e 10, sem sucesso.

O selamento iniciou-se com a limpeza da perfuração com broca esférica número 4 para remoção do tecido de granulação existente. O material utilizado foi o cimento de Portland, manipulado na proporção 1:1 em placa de vidro com solução fisiológica, segundo Broon (2004).

Uma restauração provisória (Figura 4) com ionômero de vidro foi inserida em toda cavidade para evitar a exposição ao meio bucal.



Figura 4: Imagem Fotográfica da Restauração Provisória

A paciente foi encaminhada para realização de tomografia (Figuras 5 e 6) onde foi constatada a presença do conduto radicular.

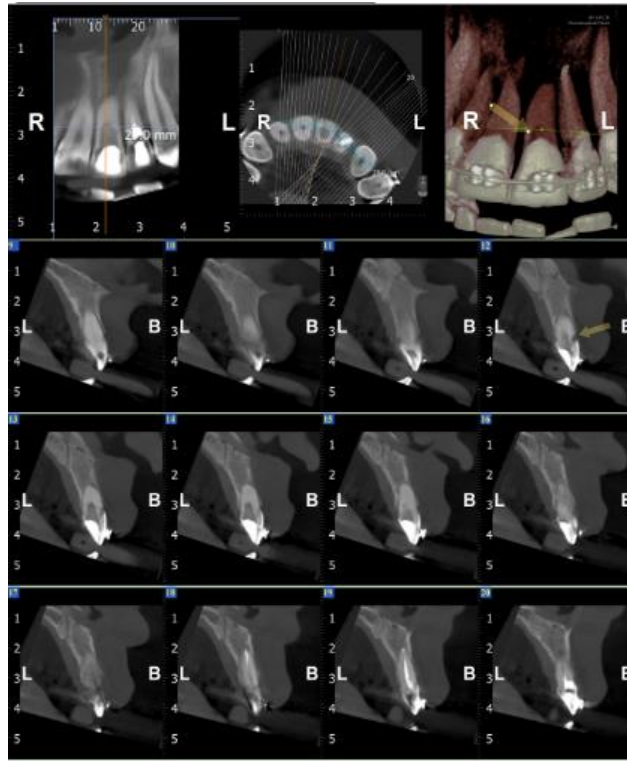


Figura 5: Imagens da Tomografia de Proservação da Paciente

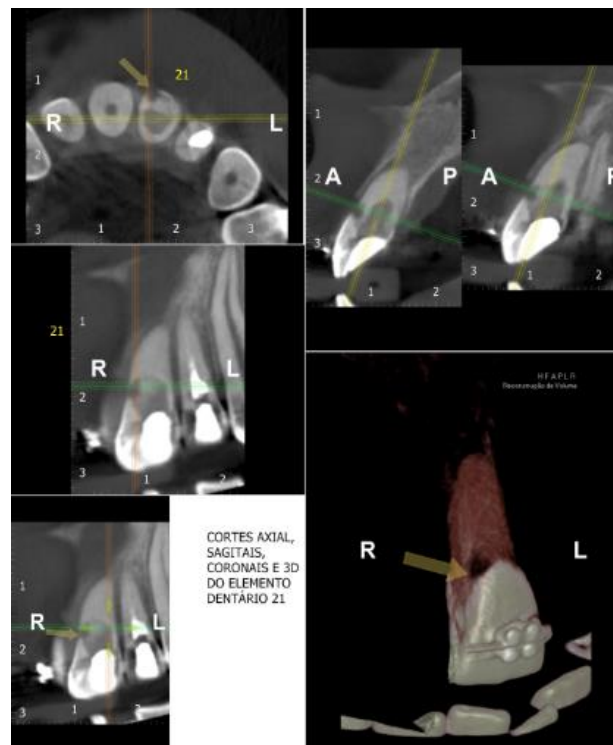


Figura 6: Imagens da Tomografia de Proservação da Paciente

No entanto, a mesma recusou-se a realizar o tratamento endodôntico devido às questões financeiras e também por não apresentar sintomatologia clínica, mas foi devidamente esclarecida dos riscos de infecção e possível manifestação do quadro doloroso. Então, foi instruída a realização de restauração de resina composta e controle radiográfico a cada 6 meses.

3 DISCUSSÃO

De acordo com Sherwood (2012), a endodontia é um dos poucos ramos na odontologia em que a realização do diagnóstico é fundamental para que seja procedida uma intervenção adequada. Da mesma forma, Ribeiro & Portugal (2013), afirmam ser primordial um bom diagnóstico para não sujeitar o paciente a tratamentos desnecessários. No presente trabalho, foram solicitadas radiografia digital e tomografia computadorizada antes de fazer qualquer intervenção, onde se constatou imagem sugestiva da presença do canal radicular apical.

Andretta (2009) e Silveira et al. (2010) acrescentam que embora o tratamento endodôntico tenha uma taxa de sucesso de mais de 95%, podem ocorrer complicações iatrogênicas, como a perfuração acidental; resultando, segundo Silva et al. (2016), numa reação inflamatória crônica do periodonto (caracterizada pela formação de tecido de granulação) que pode levar à perda do dente. Neste caso clínico, a perfuração foi resultado da tentativa do profissional de localizar o canal, sem avaliação de exames complementares fundamentais para o diagnóstico, como os citados no parágrafo anterior, porém a paciente não apresentava sinais e sintomas clínicos condizentes com inflamação periodontal.

Weine (2004) afirma que não é indicado nenhum tipo de terapia em perfuração radicular. Em contrapartida, Cogo et al. (2009) asseveram que o sucesso clínico das perfurações radiculares, independente da origem patológica ou de intervenções operatórias, depende de fatores como, comprimento da raiz, facilidade de acesso, presença ou não de comunicação periodontal com o defeito, tempo decorrido entre a sua ocorrência e o seu tratamento, presença de contaminação e material utilizado para o preenchimento da perfuração.

De acordo com Silveira et al. (2010), existe uma grande variedade de materiais para reparar as perfurações, preservar o elemento dentário e reintegrá-lo as suas funções normais. Por isso, conforme Melo et al. (2011), diante da diversidade de materiais, cabe ao profissional avaliar bem as propriedades químicas, físicas, manipuláveis, no momento de selecionar o mais adequado para a situação clínica apresentada pelo paciente.

Alves et al. (2005), relataram que o tratamento de perfuração do canal radicular com MTA, possibilita recuperar o trajeto original do canal, sendo que o referido sucesso pode ser possível pelo fato do MTA apresentar bom vedamento,

ser biocompatível e um material excelente para este tipo de procedimento, corroborando com outros trabalhos encontrados na literatura (COGO et al., 2009; BERNABÉ et al., 2013; CENTENARO; PALMA, 2011). Em contrapartida, apresenta como desvantagens dificuldade de manuseio, alto custo, manchamento e tempo de presa elevado (COSTA et al., 2014).

Oliveira (2014) destacou que os biocerâmicos apesar de apresentarem características satisfatórias como material de selamento, ainda assim, carecem de mais estudos científicos para confirmar a sua viabilidade na endodontia.

O cimento Portland apesar de apresentar radiopacidade reduzida (BARBOSA et al., 2007), é um material de custo reduzido, apresenta efetividade no selamento das vias de comunicação entre os canais radiculares e os tecidos periodontais, ação antimicrobiana satisfatória, além de propriedades biológicas favoráveis, estimulando a deposição cementária e sendo indutor de resposta tecidual pulpar reparadora (SOUZA FILHO et al., 2016).

Dessa forma, optou-se nesse estudo pelo uso do cimento Portland, com embasamento na literatura científica, visando a diminuição de gastos, corroborando com Cogo et al. (2008), pois destacam que a substituição do MTA pelo cimento Portland, facilita a obtenção do material, tornando acessível a utilização de um produto de excelente qualidade com baixo custo.

Melo et al. (2011), acrescentam que o sucesso clínico está atrelado também a habilidade do profissional, o que requer bom-senso, capacidade crítica no diagnóstico, domínio de conhecimento do caso e também da escolha do material ideal para a solução do problema detectado. Ademais, cabe ao endodontista elaborar um plano de tratamento adequado sempre levando em conta as necessidades e respeitando também as decisões do paciente, sem, contudo comprometer a efetividade e o sucesso do caso clínico. Da mesma forma, Silva et al. (2016), atestam que o reparo bem sucedido do dente depende da ausência de sintomatologia dolorosa, sondagem periodontal normal e ausência de área radiolúcida na região da perfuração.

Mesmo após esclarecimento sobre a necessidade de intervenção endodôntica para localizar o canal e remover bactérias que poderiam estar acessíveis, a paciente recusou-se à tratar o canal por não apresentar sintomatologia clínica e não ter condições financeiras para realizá-lo. Contudo, esta atitude não interferiu no sucesso do selamento da perfuração. Portanto, o selamento com cimento Portland permitiu

um desfecho clínico bem-sucedido, visto que após 6 (seis) meses de controle não houve aparecimento de sinais e sintomas clínicos, nem de alterações na tomografia de proervação, como lesão periapical ou aumento do espaço do ligamento periodontal apical.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que o selamento de perfuração iatrogênica com cimento de Portland, no caso clínico apresentado nesse estudo, obteve sucesso clínico e resultados favoráveis no exame tomográfico realizado após 06 meses.

REFERÊNCIAS

ALVES, D.F.; GOMES, F.B., SAYÃO, S. M.; MOURATO, A. P. Tratamento clínico cirúrgico de perfuração do canal radicular com MTA - caso clínico. **JD Inter J of Dentistry**, v. 4, n. 1, p. 1-6, 2005.

ANDRETTA, R. **Endodontia clínica e considerações bibliográficas: a especialidade sustentada pela literatura**. 2009. 108f. Trabalho de Conclusão de Curso (Endodontia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

BARBOSA, A.; CAZALLI, C.; NASCIMENTO, D. C. A.; VALVERDE, D. F. S.; VALVERDI, R. S.; SOBRAL, A. P. Propriedades do cimento Portland e sua utilização na odontologia: revisão de literatura. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, v. 7, n. 1, p. 89-94, 2007.

BERNABÉ, P. F. E.; GOMES-FILHO, J. E.; DEZAN-JÚNIOR, E.; PRIETO, A. K. C.; SAMUEL, R. O.; CINTRA, L. T. A. Combined therapy with mineral trioxide aggregate, and guided tissue regeneration for a large radicular cyst: a 13-year follow-up. **Braz J of Oral Sci**, v. 12, n. 1, p. 66-70, 2013.

CENTENARO, W.L.A. PALMA, L.Z. Relato do uso de MTA (Trióxido Mineral Agregado) em caso de perfuração radicular de dente permanente. **Perspectiva**, v.35, n.129, p. 7-16, 2011.

COGO, D. M.; VANNI, J. R.; REGINATTO, T.; FORNARI, V.; BARATTO FILHO, F. Materiais utilizados no tratamento das perfurações endodônticas. **Rev Sul-Brasil Odont.**, v. 6, n. 2, p. 195-203, 2009.

COSTA, B. C.; DUARTE, M. A. H.; CHAVES, M. G. A. M.; BRIZZO, L. T.; TANOMARU FILHO, M. Análise físico-química do MTA e do cimento Portland associado a quatro diferentes radiopacificadores. **Rev Odontol UNESP**, v. 43, n. 4, p. 228-235, 2014.

DE-DEUS G.; PETRUCCELLI, V.; GURGEL FILHO, E.; COUTINHO FILHO, T. MTA versus Portland cement as repair material for furcal perforations: a laboratory study using a polymicrobial leakage model. **Int Endod J.**, v. 39, n. 4, p. 293-8, 2006.

FERRIS, D. M.; BAUMGARTNER, J. C. Perforation repair comparing two types of mineral trioxide aggregate. **J Endod**, v. 30, n. 6, p. 422-424, 2004.

GONDIM JÚNIOR, E.; GOMES FILHO, J.; YOSHINARI, J.; VELASCO, J.; PEDROSO, J.; SOUZA FILHO, J. Tratamento de perfuração em furca de molar inferior com o uso de microscópio odontológico: apresentação de um caso clínico. **Rev Fac Odont Lins**, v. 11, n. 2, p. 31-4, 1999.

JUÁREZ, B. N. Healing of root perforations treated with Mineral Trioxide Aggregate (MTA) and Portland cement. **J Appl Oral Sci**, v. 14, n. 5, p. 305-11, 2006.

LOPES, H.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia: biologia e técnica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MELO, P. A. V.; TRAVASSOS, R. M. C.; DOURADO, A. D.; FERREIRA, G. S. Perfuração radicular cervical: relato de um caso clínico. **Rev Odontol Univ Cid SP**, v. 23, n. 3, p. 266-72, 2011.

OLIVEIRA, P. M. S. **Biocerâmicas em Endodontia**. 2014.63 f. Mestrado (Medicina Dentária). Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2014.

POST, L. K.; LIMA, F. G.; XAVIER, C. B.; DEMARCO, F. F.; OLIVEIRA, M. G. Sealing ability of MTA and amalgam in different root-end preparations and resection bevel angles: an in vitro evaluation using marginal dye leakage. **Braz Dent J.**, v. 21, p. 416-9, 2010.

RIBEIRO, A. I.; PORTUGAL, A. I. R. S. M. **Contraindicações do Tratamento Endodôntico**. 27f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina Dentária. Universidade do Porto. 2013.

SANTOS, A. D. **Estudo de propriedades físico-químicas de um novo cimento obturador endodôntico**. 2009. 127 f. Tese (Doutorado Ciência em Tecnologia de Materiais). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Ilha Solteira, 2009.

SHERWOOD, I. A. Pre-operative diagnostic radiograph interpretation by general dental practitioners for root canal treatment. **Dentomaxillofac Radiol.**, v. 41, n. 1, p. 43-54, 2012.

SILVA, L. C.; CARNEVALLI, B.; SAKAI, V. T.; VIOLA, N. V.; CARVALHO, L. G.; CARVALHO, E. M. O. F. Radicular Perforation Repair with Mineral Trioxide Aggregate: A Case Report with 10-Year Follow-up. **Open Dent J.**, v. 30, n. 10, p. 733-738, 2016.

SILVEIRA, L. F. M.; CAVALHEIRO, G. T.; REBELLO, H. L. C.; MARTOS, J. Resolução clínica de perfuração radicular através de selamento com agregado de trióxido mineral (MTA). **Int J Dent**, v. 9, n. 4, 2010 .

SOUZA FILHO, J. L.; COSTA, A. P.; SANTANA, D. R. M.; FALCÃO, C. A. M. Avaliação da infiltração apical de cimento endodôntico acrescido de MTA e Portland. **Ver Bras Odontol.**, v. 73, n. 2, p. 135-9, 2016.

WEINE, F. **Endodontic Therapy**. Mosby: Austrália, 2004.

TOMAZELLA, C. R. **Tratamento e prognóstico das fraturas radiculares: revisão de literatura**. 2015. 35f. Monografia (Especialista em Endodontia). Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas.

ANEXO A – RELATÓRIO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



Paciente: Gabriela Madalena

Idade: 25 anos

Tel.: 9 9961-1054 Data do Exame: 10/11/2016

Indicação: Prof. MS. Antônio Henrique Brait - IBPO

Finalidade: Avaliação de Maxila Parcial – elemento dentário 21.

Técnica: Tomografia de feixe cônico (cone beam)

Parâmetros de aquisição: voxel de 0,25 mm para as imagens originais axiais, sagitais e coronais

Foram obtidos cortes transversais (parassagitais) com 1 mm de espessura e 1 mm de espaçamento e corte coronal panorâmico com 2 mm de espessura

As imagens captadas na tomografia apresentam

- 1) Aparelho ortodôntico.**
- 2) Forame Incisivo e nervo nasopalatino nos cortes parassagitais (12-18).**
- 3) Observa-se imagem hipodensa no terço cervical e médio radicular, no conduto do elemento dentário 21 indicando acesso/ preparo. Nota-se no terço cervical radicular do elemento dentário imagem hipodensa , mesialmente e por vestibular área de perfuração nos cortes parassagitais(12-13), axial, sagitais, coronais e 3D.**
- 4) Visualizamos arredondamento radicular do elemento dentário 21, compatível com movimentação ortodôntica nos cortes parassagitais(13-15).**
- 5) Demais estruturas com anatomia, densidade e trabeculado ósseo radiograficamente normais .**

Orientações:

Para identificar a região do corte em questão, oriente-se pelo número situado no canto superior esquerdo de cada imagem. Esse número corresponde à régua impressa na borda inferior da imagem panorâmica.

O relatório foi baseado na interpretação das imagens axiais, sagitais, coronais e parassagitais (transversais).

A imagem panorâmica deve ser utilizada somente para localizar os cortes parassagitais.

Somente as imagens dos cortes transversais estão em tamanho real e medidas podem ser realizadas sobre as mesmas. Para qualquer mensuração adicional favor utilizar a escala milimétrica situada ao lado de cada corte parassagital.

As medidas de altura e espessura são de caráter anatômico e não representam o tamanho e posição do implante.

As imagens em 3D são de caráter ilustrativo.

Dra Viviane Néri Corrêa- Radiologista

CRO-5132

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

| | |
|---|---|
| <p>BP INSTITUTO BAIANO DE PESQUISA ODONTOLÓGICA</p> | <p>FACSETE Faculdade Sete Lagoas</p> |
| <p>CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA</p> | |
| <p>COORDENAÇÃO: Prof. Ms. ANTONIO H. BRAITT SANTOS</p> | |
| <p>PRONTUÁRIO GERAL - Nº _____</p> | |
| <p>IDENTIFICAÇÃO</p> | |
| <p>Nome: <u>Gabriela Madalena</u></p> | |
| <p>RG: <u>34.557.310-63</u> Órgão expedidor: _____ CPF: <u>064.331-635-69</u></p> | |
| <p>Endereço: <u>Rfz Nildes</u></p> | |
| <p>Bairro: <u>vila Vargas</u> Cidade: <u>Teixeira</u></p> | |
| <p>Tel: _____ Cel: <u>99633054</u> CEP: <u>45-995-000</u></p> | |
| <p>Profissão: <u>Do Lax</u> Endereço: _____</p> | |
| <p>Tel: _____ Estado Civil: <u>Solteira</u> Sexo: <u>F</u> Raça: _____</p> | |
| <p>Data de Nascimento: <u>6/08/36</u></p> | |
| <p>Naturalidade: <u>(Brasileira) Pinheiro</u> Nacionalidade: <u>(Brasileira) Brasileira</u></p> | |
| <p>TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO</p> | |
| <p>(Baseado na resolução 196/96 do Ministério da Saúde)</p> | |
| <p>Eu, <u>Gabriela Madalena</u>, RG nº <u>34.557.310-63</u></p> | |
| <p>estou ciente e dou consentimento para uso de informações e fotos pertinentes à minha saúde bucal com fins de pesquisa e docencia para avanços no tratamento odontológico, sem que isto incorra em ônus ou quaisquer fins que não científicos, bem como autorizo que apenas procedimentos para restabelecer minha saúde bucal sejam executados.</p> | |
| <p>ILHÉUS, <u>31</u> de <u>agosto</u> de <u>2016</u>.</p> | |
| <p>Assinatura do paciente: <u>Gabriela madalena</u></p> | |
| <p>Cirurgião-dentista responsável: <u>Renaul de Aguiar Barbosa</u> CROBA: <u>8538</u></p> | |