



Faculdade Sete Lagoas

Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016

Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

LEANDRO MANGUEIRA DE OLIVEIRA

**ARCO DE RETRAÇÃO ANTERIOR NO TRATAMENTO DA MORDIDA
ABERTA ANTERIOR:**

RELATO DE CASO CLÍNICO

JOÃO PESSOA – PB

2018



LEANDRO MANGUEIRA DE OLIVEIRA

**ARCO DE RETRAÇÃO ANTERIOR NO TRATAMENTO DA MORDIDA
ABERTA ANTERIOR:**

RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Senso* do Núcleo de Estudo e Aperfeiçoamento Odontológico – NEAO, como requisito parcial para a conclusão do curso de Ortodontia.

Orientador: Prof.: Dr. Rinaldo Moreira Pinto

Coorientador: Professora Dra. Tamires Vieira Carneiro

JOÃO PESSOA - PB

2018



Faculdade Sete Lagoas

Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016

Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

Monografia intitulada ``ARCO DE RETRAÇÃO ANTERIOR NO TRATAMENTO DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO`` de autoria do aluno Leandro Manguiera de Oliveira, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Aprovado em: 10 / 08 / 2018

Professor Dr. Milton Santamaria Júnior / FHO-UNIARARAS
Coordenador da Pós-graduação (*Latu sensu*) em Ortodontia

Professor Dr. Rinaldo Moreira Pinto / UFPB
Orientador

Professora Dra. Tamires Vieira Carneiro / UFPB
Coorientadora

Professora Especialista Andréa Lins Leitão Cunha / NEAO
Examinadora

DE OLIVEIRA, Leandro Manguiera, **ARCO DE RETRAÇÃO ANTERIOR NO TRATAMENTO DA MORDIDA ABERTA ANTERIOR: REVISÃO DE LITERATURA**. 2018.2. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Ortodontia) Núcleo de Estudos e Aperfeiçoamento Odontológico – NEAO.

RESUMO

A mordida aberta anterior ocorre quando não há trespasse entre os incisivos superiores e inferiores enquanto o paciente se encontra em relação cêntrica. Dentre as más oclusões, é uma das que se apresenta como um desafio tanto pela dificuldade na correção, como na estabilidade. O objetivo do presente trabalho foi apresentar um caso clínico sobre mordida aberta anterior, tratada com um arco de retração anterior. Foi utilizado um arco de retração anterior, com dobras semelhantes à de Connecticut, porém utilizando um arco de TMA 0,017"x0,025". Não foram encontrados na literatura relatos de casos onde foi utilizado arco de retração no tratamento de mordida aberta anterior. Observou-se que o TMA possui um bom nível de deflexão, obtendo força leve e constante, dessa forma o fio reduz a força inicial nos dentes sem perder a constância, o que tornou possível o fechamento da mordida aberta apresentada.

Palavras-chaves: Ortodontia; Mordida Aberta; Arco de Retração.

DE OLIVEIRA, Leandro Manguiera, **RETRACTION ARC PREVIOUS IN THE PREVIOUS OPEN BITE TREATMENT: LITERATURE REVIEW**. 2018.2. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Ortodontia) Núcleo de Estudos e Aperfeiçoamento Odontológico – NEAO.

ABSTRACT

The anterior open bite happens when there is no trespass between the upper and lower incisors while the patient is in centric relation. Among the malocclusions, it's one of those that presents as a challenge as much by the difficulty in the correction, as in the stability. The aim of the present study was to present a clinical case of anterior open bite, treated with an anterior retraction arch. An anterior retraction arch was used, with fold similar to that one from Connecticut, but using a 0.017 "x0.025" TMA arc. Case reports weren't found in the literature where a retraction arch was used in the treatment of anterior open bite. It was observed that the TMA has a good level of deflection, obtaining light and constant force, in this way the wire reduces the initial force in the teeth without losing the constancy, which made possible the closing of the presented open bite.

Keywords: Orthodontics; Open Bite; Retraction Arc.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	Pag.: 07
2. Objetivos.....	Pag.: 09
3. Relato de caso Clínico.....	Pag.: 10
3.1 Planejamento e Tratamento.....	Pag.: 11
4. Discussão.....	Pag.: 16
5. Conclusão.....	Pag.: 21
6. Referencias	Pag.: 22
7. Apêndice I.....	Pag.: 23

1. INTRODUÇÃO

Segundo Strang et al 1934, define-se que mordida aberta é quando a sobremordida é menor que a normal (30% da coroa do superior sobre o inferior), ou relação incisal de topo, já existe autores que acham que deve haver falta de contato incisal para existir uma MAA, só que na literatura a definição mais utilizada é que, não deve existir contato incisal ou oclusal quando em relação Centrica. Por conta de tantas definições dadas para mordida aberta, acaba existindo também muitas formas de tratamento e até mesmo resultados diferentes, mais no geral o que se busca é eliminar o hábito causador da má-oclusão, movimentar os dentes com aparelhos ortodônticos, seja através da intrusão posterior ou extrusão anterior, e por último, quando as outras opções não têm efeito e/ou não veem ao caso, o tratamento cirúrgico das estruturas ósseas é a escolha.

Cortez et al 2015 fala que a Mordida Aberta Anterior (MAA) tem uma forte ligação com hábito de sucção não nutritiva, como de dedo e/ou chupeta, podendo levar a disfunções secundárias, como interposição de língua que ocorreu graças à protrusão dos incisivos superiores, gerada pelo ato deletério citado anteriormente, e que um equilíbrio deve existir sempre entre a língua, dentes, lábios e músculos para que ocorra uma estabilidade no posicionamento dentário, e que não exista a presença de nenhum anteparo que possa ter a quebra desse equilíbrio.

A prevalência da mordida aberta ainda é bem pequena comparada com outras má-oclusões, mais a procura pelo tratamento é bem significativa, pois segundo Artese et al 2011, 17% dos pacientes ortodônticos apresentam mordida aberta. Então deve-se ter um bom conhecimento do profissional sobre MAA para poder trata-la de forma eficaz e com boa estabilidade.

Artese et al 2011 e Moshiri et al 2017 apresentam trabalhos sobre mordida aberta anterior (MAA), onde mostram a dificuldade que é tratar, diagnosticar ou prevenir essa má-oclusão e todos com muitas controversas e conflitos que vai do diagnóstico até a estabilidade.

Nesse trabalho usou-se um fio 0,017x0,025`` de TMA com dobras semelhantes a de Connecticut, sendo que o mesmo usou uma liga de Nitinol Martensítica estabilizada, com baixa taxa de carga-deflexão, com uma dobra em

V pré-calibrada para obter bons níveis de força (leve e contínua) em torno de 35 a 45g nos dentes anteriores, onde a força depende da distância dos molares até os incisivos. O arco apresenta um degrau na região entre os incisivos laterais e caninos e uma dobra em V na região posterior que vem com a ativação pré-configurada, com isso se teve a intenção de reduzir a força inicial empregada nos dentes, sem perder a constância.

2. OBJETIVOS

Apresentar um caso clínico sobre mordida aberta anterior, tratada com um arco de retração anterior.

3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente M. E. P. C., sexo feminino, 12 anos e sete meses de idade procurou o tratamento ortodôntico para correção da mordida aberta anterior, obtida devido à presença de sucção não nutritiva (dedo), classe I de molar lado esquerdo e classe II lado direito, sem perda dentária ou dentes com tratamento endodôntico. Paciente apresentava também vestibularização dos incisivos superiores, e os inferiores bem posicionados. (Imagem 1 a 6)



Imagens de 01 a 03, fotos extra orais: Sorriso, Frontal e Perfil na sequência.



Imagens de 04 a 06 fotos intra orais: oclusão lado direito, frontal e lado esquerdo na sequência.

Na tabela 01 interpreta-se os valores obtidos na análise cefalométrica USP, observa-se o posicionamento da maxila, mandíbula e os incisivos superiores e inferiores, assim como o padrão de crescimento da paciente.

Tabela 01: Grandezas Antero Posterior, Verticais e Dentárias. João Pessoa, 2018.

Grandezas	Padrão	Paciente
SNA	82,00 gr	83,69 gr
SNB	80,00 gr	80,91 gr
ANB	2,00 gr	2,79 gr
1/.NA	22,00 gr	35,55 gr
1/-NA	4,00 mm	9,96 mm
1/.NB	25,00 gr	34,48 gr
1/-NB	4,00 mm	7,23 mm
S-N.Go-Gn	32,00 gr	25,63 gr
S-N.GN	67,00 gr	63,78 gr
FMA	25,00 gr	18,51 gr

Com os resultados, obtemos uma maxila levemente protruída e mandíbula bem posicionada e nos mostrou que os incisivos superiores e inferiores estão protruídos e vestibularizados e que nas grandezas verticais a paciente se torna Braquicefalica

3.1 Planejamento e Tratamento

Foi planejado para a paciente inicialmente instalação do aparelho superior do 16 ao 26, não sendo proposto a colagem dos segundos molares, para evitar extrusão posterior e agrava a mordida aberta. Foi utilizado tubo duplo nos molares e aparelho da Morelli Roth Max slot 0,022``, com angulação 9° nos caninos.

Após a fase de alinhamento e nivelamento com duração de aproximadamente 3 meses, a paciente encontrando-se no fio de 0,018`` de NiTi,

foi confeccionado um cantilever com fio de TMA 0,017''x 0,025'' com dobras similares ao de Connecticut, diferenciando no tipo de fio, já que o mesmo trabalha com fio de aço (imagem 07 e 08).



Imagem 07: cantilever não ativado Imagem 08: cantilever ativado

Após 10 dias de instalação do cantilever a paciente retornou ao consultório, queixando-se de incômodo na região do amarrilho situado entre o 11 e 21. Corrigindo o posicionamento do amarrilho observou-se a grande evolução no fechamento da mordida aberta anterior. Para avaliar o comportamento ósseo ocorrido nesse movimento, foram solicitadas radiografias periapical e oclusal, onde não se identificou alterações prejudiciais (imagens 09 e 11).



Imagem 09: 10 dias depois da ativação do cantilever

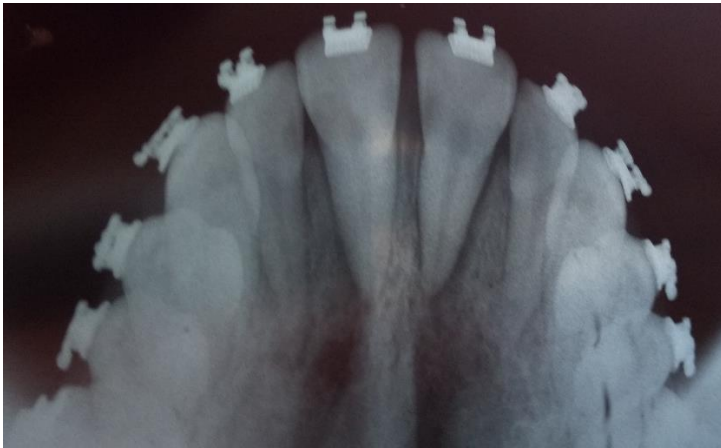


Imagem 10: radiografia oclusal



Imagem 11: radiografia periapical

Depois do sucesso do uso do Cantilever, no quarto mês foi associado também dobras de extrusão da mesial do 13 ao 23 no fio 0,016'' de aço, e no quinto mês foi instalado o aparelho inferior com tubo simples no 36 e 46 e fio 0,012'' NiTi. No quinto mês, com o fio 0,016'' x 0,022'' superior aço, manteve a dobra de extrusão, como mostra na imagem 12, e 0,016'' inferior NiTi, associado com elásticos 3/16'' de intercuspidação do 13/14 ao 43/44 e do 23/24 ao 33/34. Já no sexto mês observou-se que o lado direito se encontrava em meia classe II, mudando dessa forma, a posição do elástico e seu tamanho para 1/8'' como tentativa de correção da classe II, indo do 13 ao 46 no lado esquerdo foi trocado o elástico também, para 1/8'', em formato triangular do 23 ao 33/34, mantendo a classe I. No sétimo mês começou-se a usar um fio retangular, no caso o 0,016'' x 0,022'' superior e inferior ainda com dobra de extrusão da distal do 13 a distal do 23. No oitavo mês usamos

o fio 0,017" x 0,025" tanto superior como inferior só que agora sem a dobra de extrusão, e usando 1/8" do 12 ao 44/45 e do 14 ao 46 do lado direito e do lado esquerdo foi colocado do 23 ao 34/35.

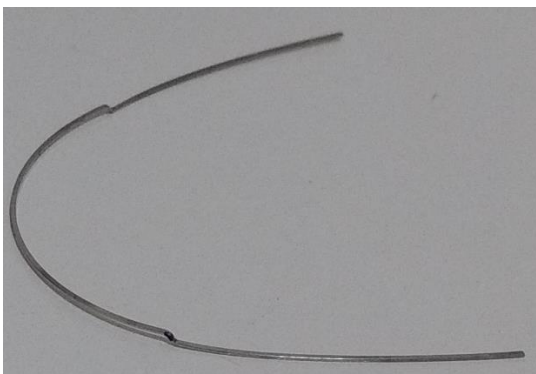


Imagem 12: fio 0,016" x 0,022" aço com dobra de extrusão anterior.

No nono mês paciente ainda em classe II do lado direito, e pequeno desvio da linha media, optou-se por manter os fios e colocar dois elástico 1/8" lado direito, sendo um do 12 ao 44/45 e outro em classe II do 13 ao 46, já do lado esquerdo utilizamos uma intercuspidação também com 1/8" do 23/24 ao 34/35, como mostra da imagem 13 ao 15.



Imagem 13: Elástico 1/8" do lado esquerdo classe II do 13 ao 16, e intercuspidação do 12 ao 43/44.

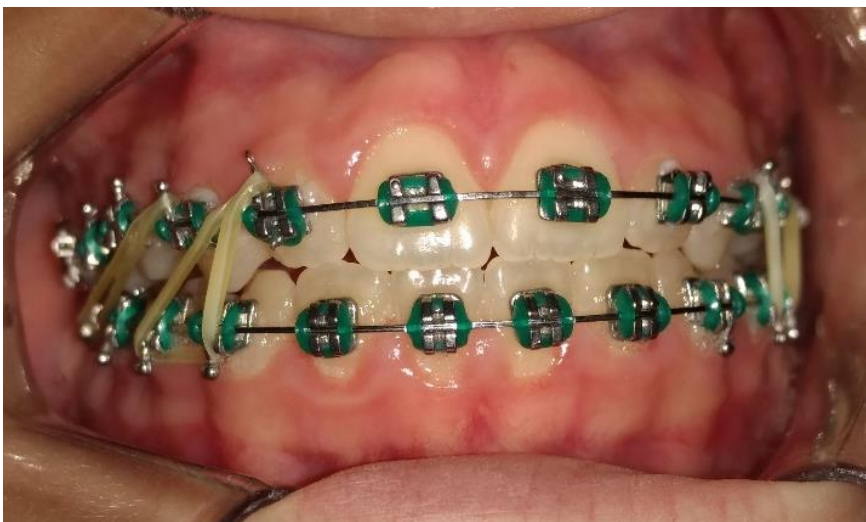


Imagem 14: Leve desvio da linha media

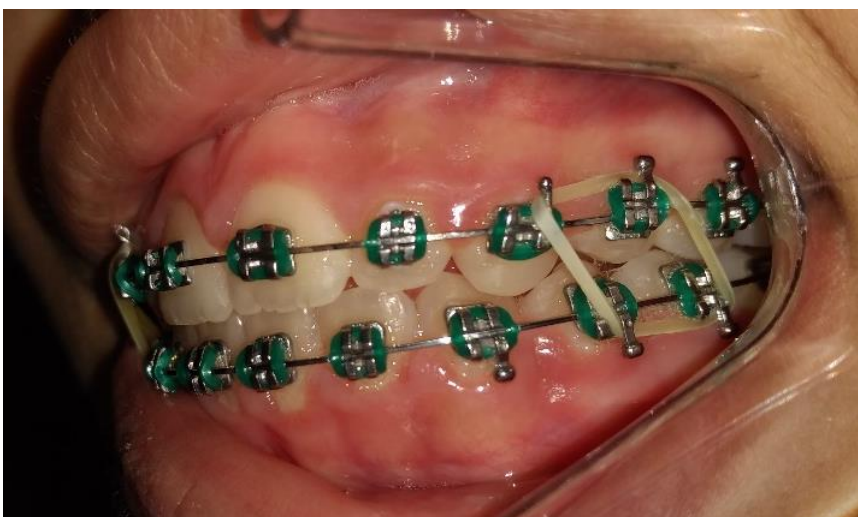


Imagem 15: Elástico 1/8" do lado direito intercuspidação do 23/24 ao 33/34

4. DISCUSSÃO

Segundo Machado et al 2014 uma das má-oclusões de maior complicação no tratamento e também às mais citadas, está a Mordida Aberta Anterior (MAA), que muitas vezes é influenciada por hábitos deletérios, como sucção de dedo e/ou chupeta na fase de dentição decídua, mista ou permanente. A respiração nasal, mastigação e deglutição são fisiológicos e naturais, pois, contribuem de forma funcional para uma estabilidade de uma oclusão normal, favorece o crescimento ósseo, posições dentárias, respiração e fala. O profissional da odontologia em especial o ortodontista deve observar bem esses fatores, principalmente em crianças com menos de 05 anos, pois pode-se ter uma correção espontânea desde que seja removido o hábito deletério. O profissional deve estar atento também a duração, frequência e intensidade do hábito.

A mordida aberta de fato no estudo de Matsumoto et al 2011, mostrou ser uma das deformidades dentofaciais de maior dificuldade de correção, se tornando realmente desafiador para o ortodontista. Se observa muito a dificuldade que se tem de corrigir essas discrepâncias verticais com relação as dimensões anteroposteriores. Essas dificuldades encontradas partem desde a mecânica necessária para trata-la como os esforços realizados para permanecer estáveis pós-tratamento.

A MAA segundo Artese et al 2011 e uma das má-oclusões que mais comprometem a função mastigatória e fonatória, fora os problemas estéticos. Vários autores focam em que a mordida esquelética deve ser tratada na dentição mista aproveitando assim o crescimento, tendo dessa forma bons resultados, tantos resultados rápidos como estáveis, evitando assim pouco tratamento na dentição permanente, ou até mesmo um tratamento cirúrgico. A terapia funcional caberia bem nesse caso da dentição mista, pois, corrigiria a postura dos músculos orofaciais e a deformidade esquelética associada.

O tratamento da mordida aberta seja ela cirúrgica ou não, apresenta em vários estudos um bom sucesso, onde Moshiri et al 2017 disse que 82% dos pacientes tratados cirurgicamente tiveram um bom sucesso, e 75% dos tratados só com ortodontia tiveram um bom sucesso, mostrando que o tratamento

ortodôntico tem bons resultados a longo prazo quase se igualando ao cirúrgico, já que é um tratamento menos invasivo e econômico, está sendo mais utilizado e escolhido pelos pacientes.

Pacientes sempre à procura de estética e de tratamentos menos invasivos fez com que o sistema invisalign se tornasse uma opção de tratamento para maloclusões mais complexas, como a Mordida Aberta Anterior (MAA). Sabe-se que na literatura não se tem muitos estudos sobre tratamentos ortodônticos com esse sistema quando se trata de má-oclusão severas, mas têm pesquisadores que mostram tratamentos bem-sucedidos de má-oclusões menos severas como mordida aberta anterior leve. Segundo Moshiri et al 2017 os poucos estudos que se tem não demonstram a capacidade do sistema invisalign de mudar o controle vertical, basicamente tem-se apenas o bloqueio da mordida e manutenção do controle vertical, podendo dessa forma fechar a MAA, só que os estudos publicados não se conseguiram ter a avaliação adequada da capacidade do sistema.

Moshiri et al 2017 em seu estudo avaliou 30 cefalometrias de pacientes, que tinham mordida aberta e foram tratados com alinhadores invisíveis (Invisalign, Align Technology, Santa Clara, CA, EVA), os pacientes tinham em média 1,8 mm de MAA. Nessa pesquisa o autor finalizou que é sim uma técnica viável para o tratamento da MAA sem extração em pacientes adultos, pois se teve o fechamento da mordida, houve também uma rotação do plano mandibular no sentido anti-horário, além da intrusão do molar inferior e extrusão dos incisivos inferiores.

Existe ainda diversos “conflitos” entre autores, Moshiri et al 2017 e Matsumoto et al 2011 alegam que a força de deglutição e fonação sejam capazes de modificar as arcadas dentaria, já outros que por ter um curto tempo de prevalência não consegue alterar, e segundo Artese et al 2011 algo muito importante como a interposição da língua seja em repouso como baixa, é pouco citado pelos autores na causa da MAA. Logo se a língua permanece em repouso, ou seja, no palato ela interfere na erupção dos incisivos, causando e/ou mantendo dessa forma a Mordida Aberta Anterior. Já se a língua se encontra baixa, favorece a erupção dos dentes posteriores, e constrição da maxila por falta da

língua na posição de repouso. Observamos aí mais uma vez a importância de se ter o equilíbrio.

Moshiri et al 2017 Mordida Aberta Anterior (MAA) por conta da falta de contatos dos dentes anteriores, distribuem-se dessa forma à mastigação toda para os dentes posteriores, isso causa no paciente desgaste excessivo da dentição posterior, causando perturbação e estresse na fala e mastigação, dessa forma podemos concluir que a MAA é complexa e multifacetada, podendo envolver hábitos orais, tecidos linfáticos, posição da língua onde tudo isso pode estar associado ao fator genético tornando o caso mais complicado.

Artese et al 2011, fala que graças ao equilíbrio existente entre as forças intrínsecas e extrínsecas os dentes permanentes permanecem estáveis, sem nenhuma movimentação. Mas quando se tem a quebra desse equilíbrio por conta de algum fator etiológico como por exemplo, o mais comum com causa da MAA, que é o hábito de sucção não nutritiva, aparece a má-oclusão, mais em muitos casos, dependendo da idade da criança, pode-se corrigir a MAA apenas removendo o fator etiológico, desde que não exista outras disfunções posteriores instaladas, como por exemplo a interposição de língua por conta da vestibularização dos incisivos, já que a língua é maior que a cavidade bucal na infância, sorte que as estruturas ósseas tem o crescimento mais rápido do que o da língua. Acreditasse também que a própria força da língua mesmo leve mais continua possa exercer essa vestibularização dos dentes anteriores.

Abdulbabi et al 2017 fala ainda que padrão facial por si só não causa MAA, pois padrão facial vertical é considerado o principal fator de risco pra MAA, mas pacientes hiperdivergentes muitas vezes apresentam mordida normal, já pacientes com padrão esquelético normal, tem MAA persistente. Dessa forma voltamos ao ponto de que sem equilíbrio dessas forças intrínsecas e extrínsecas, como uma força de impedimento mecânico, se impede o contato incisal ou oclusão dos dentes.

Com muitas etiologias acaba existindo muitas formas de tratamento e isso modifica a prevalência por conta de a forma dos autores identificarem uma mordida aberta. Segundo Artese et al 2011 em seu artigo falou que as crianças de 06 anos são as de maior prevalência e que a procura para correção dessa

má-oclusão é bastante comum mesmo tendo uma pequena prevalência em pacientes ortodônticos.

Diante do trabalho apresentado, observou-se que o tratamento da mordida aberta anterior em criança, obtém-se uma boa resposta no fechamento da mesma, causando a extrusão da arcada anterior superior com o arco de retração com dobras similares ao de Connecticut, porém utilizando o fio de TMA ao em vez de NiTi, pois, o fio utilizado tem uma força menor, só que constante, não causando danos a estrutura óssea.

Moshiri et al 2017 e Boeck et al 2013 acreditam que o fechamento da mordida através da extrusão de dentes anteriores superiores pode não ser indicado para todos os pacientes, principalmente sendo esses adultos, pois, acredita-se que essa extrusão é instável ainda mais pode levar à reabsorção radicular, comprometendo estruturas periodontais, e até mesmo comprometer a estética do sorriso. Sem falar que se não tiver uma boa ancoragem esquelética a intrusão se torna muito difícil e inviável.

Matsumoto et al 2011, apresentou um caso clínico onde a paciente de 12 anos, sexo feminino e uso de chupeta até os 05 anos. A mesma encontrava-se no surto máximo de crescimento puberal, de início a paciente foi tratada com eliminação dos fatores secundários (fonação, deglutição adaptadas), em seguida usou um aparelho de Thurow modificado com grade palatina com intenção de aumentar o terço inferior da face, impedir o crescimento alveolar posterior vertical e estimular o crescimento da mandíbula no sentido anti-horário. Não se teve um bom resultado e a paciente encontrava-se em evidente classe I e com mordida cruzada posterior. Então em uma fase ele optou pela exodontia dos 4 primeiros pré-molares e em aparelho disjuntor de Hass para correção da mordida cruzada, aparte daí é que o autor teve uma boa resposta de tratamento bem finalizado, bom posicionamento da linha média e classe I de canino e molar. Um dos poucos a tratar a mordida aberta com extração de dente permanente.

Machado et al 2014 observou a presença ou não de mordida aberta anterior em 5.622 crianças em 172 cidades do Brasil, onde essas crianças tinham no máximo 05 anos, no resultado obtido somente 12,1% das crianças investigadas e analisadas apresentaram MAA. Observamos dessa forma que se

fortalecendo a ideia de que, a prevalência de mordida aberta é muito pequena, só que, o mais importante é que ainda não pode ser descuidado ou que a MAA não tenha tanta importância por parte do profissional. O ortodontista tendo um bom conhecimento sobre a má-oclusão e saber também como trata-la de forma que se tenha uma boa estabilidade, é fazer com que o paciente tenha uma carga e tempo menor no tratamento ortodôntico na dentição permanente.

Pisane et al 2016 fez uma revisão literária a fundo no que se trata de mordida aberta anterior, mas ele concluir que os artigos estudados por ele necessitavam de uma abordagem mais robusta para o projeto de ensaio em termos de metodologia e análise e que devesse existir estudos com períodos mais longos de acompanhamento, podendo observar o grau de recidiva.

Desta forma observa-se que a MAA, é uma má oclusão que tem várias formas de tratamento e de como mantê-la estável. Diante do exposto, observa-se que a MAA é uma má oclusão multietiológica e de difícil tratamento e estabilidade. Entretanto, estudos clínicos mostram novas alternativas de solução dessa má oclusão, gerando mais opções de tratamento para os pacientes. É importante salientar que os resultados se mostram mais satisfatórios e com maior sucesso e estabilidade quanto mais jovem o paciente, quando comparados a adultos.

5. Conclusão

Diante de muitas formas de tratamento, o arco com dobras semelhantes à de Connecticut utilizando o fio de 0,017" x 0,025" de TMA, demonstrou ter uma ótima distribuição da força causada pelo fio, tendo boa estabilidade no que diz respeito a uma baixa carga-deflexão e um bom nível de força, leve mais continua causando uma rápida resposta dentária e tecidual, sem agredir a estrutura periodontal.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULNABI, Y. Non-surgical treatment of anterior open bite using miniscrew implants with posterior bite plate. *Orthodontic waves* 76 2017 40-45

ARTESE, A. Criterio para o diagnostico e tratamento estável da mordida aberta anterior. *Dental Press J. Orthod.* 2011. May-juno; 16(3); 136-61

BOECK, E. G. Prevalência de má oclusão em crianças de 3 a 6 anos portadoras de hábito de sucção de dedo e/ou chupeta. *Ver Odontol UNESP.* 2013; 42(2): 110-116

CORTEZ, P. C. Open bit treatment with first molar extraction: Case report *Revista de mexicana de Ortodontia* 2015;3 (4): e264- e270

MACHADO, D. B. Factores associated with the prevalence of anterior open bite among preschool children: A population-based study in Brazil.

MATSUMOTO, M. A. N. Má oclusão classe I de Angle, com mordida aberta anterior, tratada com extração de dentes permanentes. *Dental Press J. Orthod.* jan-fev; 16(1); 126-38.

MOSHIRI, S. Cephalometric evaluation of adult anterior open bite non-extraction treatment with invisalign. *Dental Press Journal of Orthodontics.* Sept-oct; 22(5); 30-8 2017.

PISANI, L. Systematic review for orthodontic and orthopedic treatments for anterior open bite in the mixed dentition. *Progress in Orthotics* 2016.

STRANG, R. H. W. An analysis of the overbite problem in malocclusion. *Angle Orthod.*, Appleton, v. 4, no. 1, p. 65-84, 1934.

7. Apêndice I

DENTISTA RESPONSÁVEL: LEANDRO MANGUEIRA DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA INACIO LIRA 233, CENTRO
CIDADE: SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB
CEP: 58.940-000
E-MAIL: DRLEANDROMANGUEIRA@HOTMAIL.COM

TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr (a) Alexandra Pereira Cavalcante portadora do RG: 2088995 SSP-PB está sendo consultado(a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos, fotográficos e do caso clínico e documentação radiológica de sua filha menor de idade, Maria Eduarda Pereira Cavalcante. Que se encontram em sua ficha de prontuário odontológico, para apresentação do mesmo em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e publicação do caso em revista científica como "Relato de caso" (caso venha ocorrer). A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo dentista pesquisador. O mesmo ira tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estar à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material fotográfico que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (a) Sr (a). Eu, Alexandra Pereira Cavalcante, portador (a) do documento de Identidade 2088995 SSP-PB fui informado(a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de dados clínicos de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ass.: 