

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE
GISELLE CRISTINA SASSO YOSHIOKA

RECUPERAÇÃO DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO COM O USO DE
PLACAS DENTADAS – RELATO DE CASO

CURITIBA – 2017

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

GISELLE CRISTINA SASSO YOSHIOKA

RECUPERAÇÃO DE DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO COM O USO DE
PLACAS DENTADAS – RELATO DE CASO

Artigo científico apresentado ao curso de
Especialização *Lato Sensu* da Faculdade
Sete Lagoas – FACSETE, como requisito
parcial para a conclusão do curso de
Especialização em Prótese Dentária.
Área de concentração: Prótese Dentária
Orientador: Prof. Dr. Guilherme Berger

CURITIBA – 2017

Sasso Yoshioka, Giselle Cristina

Recuperação de Dimensão Vertical de Oclusão com o uso de Placas Dentadas – Relato de caso / Giselle Cristina Sasso Yoshioka. – 2016.

18 f. : il.

Orientador: Guilherme Berger.

Monografia (especialização) - Faculdade Sete Lagoas, 2017.

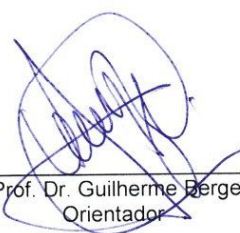
1. Desgaste dentário. 2. Dimensão vertical. 3. Placa dentada.

I. Título.

II. Guilherme Berger.

FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS

Monografia intitulada "**Recuperação de dimensão vertical de oclusão com o uso de placas dentadas – Relato de caso**" de autoria da aluna **Giselle Cristina Sasso Yoshioka**, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Dr. Guilherme Berger
Orientador



Prof. Dr. Zenildo Norberto Stall



Prof. Dr. Anderson Petrauskas

CURITIBA, 13 DE JANEIRO DE 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus pela minha saúde e por me proporcionar a oportunidade de alcançar mais uma vitória profissional.

Agradeço à minha família e amigos, que me incentivaram a iniciar o curso de especialização.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Guilherme Berger, pela orientação, dedicação e paciência.

Agradeço à equipe de professores e funcionários da Prime Educação Continuada pelo apoio prestado.

Agradeço aos colegas de turma, os quais foram muito importantes durante o curso e o tornaram mais divertido e proveitoso.

RESUMO

Esse relato de caso descreve a utilização de placas dentadas para a recuperação da dimensão vertical de oclusão, em um paciente de 68 anos, do gênero masculino, acometido pelo bruxismo. As placas dentadas são uma opção de tratamento reversível e não dispendioso e permite a avaliação da DVO por um período de tempo, antes da reabilitação protética definitiva.

Palavras-chave: desgaste dentário, dimensão vertical, placa dentada removível

ABSTRACT

This case report describes the use of overlay removable dentures to the vertical dimension of occlusion restoration, in a 68-year-old male patient, presenting with bruxism. The overlay removable dentures are a reversible and relatively inexpensive treatment option, allowing the OVD assessment, prior to the definitive prosthetic treatment.

Key words: tooth wear, vertical dimension, overlay removable denture

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. RELATO DE CASO	9
3. DISCUSSÃO	13
4. CONCLUSÃO	15
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
6. ANEXO	19

INTRODUÇÃO

O desgaste gradual das superfícies oclusais dos dentes é um processo normal durante a vida de um paciente. Porém, o desgaste oclusal excessivo pode resultar em alteração pulpar, desarmonia oclusal, comprometimento da função e perda da estética. (SONG; PARK; PARK, 2010).

De acordo com Moshaverinia et al. (2014) o desgaste oclusal tem sido atribuído na maioria das vezes à atrição, que é definida como a perda da estrutura dentária devido ao desgaste mecânico por outra superfície dentária.

Outros motivos pelos quais alguns pacientes apresentam desgaste dentário são erosão, abrasão, hábitos parafuncionais, como o bruxismo, consumo de alimentos e bebidas ácidas, doenças, como o refluxo gástrico e distúrbios alimentares (KUMAR et al., 2012).

Segundo Schirra (2013) a erosão, a abrasão e a atrição causam perda da estrutura dentária sem a presença de bactérias. Eles pertencem a uma categoria de lesões não bacterianas que afetam esmalte, dentina e cimento.

De acordo com Song, Park e Park (2010) um diagnóstico diferencial entre erosão, abrasão e atrição nem sempre é possível porque, em muitas situações, existe uma combinação dos três processos.

Muitas pessoas são acometidas pelo bruxismo, que, apesar do número significativo de pesquisas, ainda tem sua etiologia desconhecida e aparenta ser de origem multifatorial (ALFADDA, 2014).

O bruxismo foi definido por LOBBEZOO et al. (2013) como uma atividade repetitiva do músculo da mandíbula caracterizada pelo ranger ou apertar dos dentes e/ou movimentos mandibulares como protrusão e lateralidade. Manifesta-se em dois ciclos circadianos distintos: pode ocorrer durante o sono (chamado de bruxismo do sono) ou durante a vigília (chamado de bruxismo da vigília).

Para Guaita e Högl (2016) o bruxismo pode levar ao desgaste dentário, dor e fadiga no músculo da mandíbula, dores de cabeça na região temporal e, em casos mais severos, ele pode comprometer algumas funções, como mastigação, fala e deglutição.

Além do bruxismo, muitos pacientes apresentam desgaste acentuado nos dentes anteriores devido à perda de dentes posteriores bilateralmente, como relatado em estudo de Bataglion et al. (2012).

De acordo com Ghadiali, Gangadhar e Shigli (2007) a dentição extremamente desgastada é uma condição difícil de tratar devido à pequena quantidade de remanescente dentário. Esses pacientes geralmente apresentam perda de dimensão vertical de oclusão e problemas estéticos.

Os pacientes que apresentam perda da dimensão vertical de oclusão necessitam que essa dimensão seja restabelecida. Vários métodos têm sido descritos na literatura visando o desenvolvimento de um meio eficaz e seguro para a determinação clínica da DVO, contudo, ainda não há um método de registro absolutamente preciso e isento de falhas e é indicada uma associação dos métodos (MAGALHÃES; ZAVANELLI; ZAVANELLI, 2011; REIS et al., 2008).

Entre os métodos descritos estão: método métrico de Willis, fonético ou de Silverman, fotográfico, estético, da deglutição ou de Monson, da respiração, do paralelismo entre os rebordos ou de Sears, do espaço funcional livre ou de Pleasure, fisiológico, pontos craniométricos, cefalometria e eletromiografia. (DITTERICH; ROMANELLI; SOUZA JÚNIOR, 2005; GOIATO; SANTOS; SÔNEGO, 2013; MAGALHÃES; ZAVANELLI; ZAVANELLI, 2011; REIS et al., 2008).

O conceito de dimensão vertical, conforme a definição do The Glossary of Prosthodontic Terms (2005), é a distância entre dois pontos anatômicos selecionados, geralmente um na ponta do nariz e o outro sobre o queixo. A distância medida entre os dois pontos quando os dentes inferiores estão em contato com os dentes superiores é definida como dimensão vertical de oclusão (DVO).

A DVO para indivíduos dentados é determinada principalmente pela dentição remanescente, conseqüentemente um desgaste dentário poderia influenciar na DVO. A perda de DVO pode afetar significativamente a função, o conforto e a estética do paciente (ABDUO; LYONS, 2012).

De acordo com Abduo e Lyons (2012) o aumento da dimensão vertical de oclusão tem sido descrito para facilitar o tratamento de pacientes com desgaste dentário generalizado e irregularidades oclusais.

Quando se pensa em recuperação de dimensão vertical de oclusão, é necessário também se pensar em oclusão e posição mandibular. A oclusão é a relação estática e dinâmica entre as superfícies oclusais dos dentes, que devem

estar em harmonia com as demais estruturas do sistema estomatognático (CARDOSO, 2007), tal relação é conhecida como máxima intercuspidação habitual (MIH), que é a posição onde ocorre o maior número possível de contatos entre os dentes superiores e inferiores, independentemente da posição condilar (PEGORARO et al., 2004).

Em contrapartida à MIH, existe a posição denominada de relação cêntrica (RC), a qual é estritamente relacionada à posição condilar, não apresentando nenhuma relação com contatos dentários (PEGORARO et al., 2004). Segundo Okeson (2013) é a relação maxilo-mandibular onde os côndilos estão em uma posição ortopédica estável.

Em casos onde há a perda de dimensão vertical de oclusão e a estabilidade oclusal não mais está presente, necessita-se da utilização do posicionamento condilar para a definição da posição de trabalho, essa posição condilar é a relação cêntrica (PEGORARO et al., 2004), que de acordo com Dawson (2007) é a única posição condilar que permite uma oclusão livre de interferências.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico onde foram utilizadas duas placas dentadas para a recuperação da dimensão vertical de oclusão, em paciente com desgaste dentário severo devido ao bruxismo. O uso das placas permite a avaliação da dimensão vertical de oclusão estabelecida, antes do início do tratamento definitivo de reabilitação protética.

RELATO DE CASO

Um paciente de 68 anos do sexo masculino foi incentivado por sua esposa a procurar atendimento no Curso de Especialização em Prótese Dentária da Faculdade Sete Lagoas – Facsete / Prime Educação Continuada. A queixa principal era o grande desgaste dentário que o acometia há anos, o que o impossibilitava de se alimentar e falar adequadamente, além da questão estética.

Após anamnese, constatou-se que sua saúde geral era boa e não havia sintomatologia dolorosa na região da face. No exame clínico foi verificado um desgaste dentário excessivo na região dos dentes anteriores, tanto superiores quanto inferiores e ausência dos dentes 12, 13, 14, 18, 24, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47.

A condição dentária do paciente demonstrava um caso de bruxismo. Ele nunca procurou atendimento com especialistas na área, o que possibilitou o agravamento do quadro clínico durante anos. Segundo ele, nunca sentiu dores na face ou na cabeça (Foto 1).



Foto 1 – Vista intraoral das dentições superior e inferior.

Fonte: acervo pessoal

O paciente assinou o formulário de autorização para o uso de suas fotos e informações neste relato de caso.

Devido ao bruxismo acentuado e à ausência de alguns dentes posteriores, houve a perda da dimensão vertical de oclusão do paciente, portanto, antes de iniciar uma reabilitação protética, era necessária a recuperação da DVO e sua avaliação por um período de tempo, para observar a readaptação à nova DVO com ausência de dores musculares e articulares. Optou-se então pela confecção de placas dentadas superior e inferior. Essas placas são confeccionadas em laboratório protético em acrílico termopolimerizável e recobrem os dentes naturais do paciente, devolvendo a DVO e também melhorando a estética.

A determinação da DVO foi feita da seguinte forma: com o paciente sentado na cadeira odontológica em posição de repouso, mediu-se a dimensão vertical de repouso ou postural (DVR) com o auxílio de um compasso de Willis, situado entre a base do nariz e a base do mento, o que resultou em 63 mm. Posteriormente, subtraiu-se 3 mm dessa medida, equivalentes ao espaço funcional livre (EFL) para se obter a nova DVO de 60 mm, ou seja: $DVO = DVR - EFL$ (NOGUEIRA, 1993 apud DITTERICH; ROMANELLI; SOUZA JÚNIOR, 2005) (Foto 2).



Foto 2 – Compasso de Willis para análise da dimensão vertical

Fonte: acervo pessoal

Após definida a DVO do paciente, foram feitas as moldagens das arcadas superior e inferior com moldeira total lisa em inox (Tecnodent®) e silicona de adição (Futura AD; Nova DFL®) na técnica de impressão em passo único. Os modelos de gesso foram obtidos com gesso especial tipo IV (Durone; Dentsply®).

Em seguida foi confeccionado um plano de orientação sobre o modelo de gesso inferior utilizando-se resina acrílica autopolimerizável pó (Dencôr; Clássico®) e líquido (Jet; Clássico®) para a base de prova, e cera (Cera Rosa nº 7; Lysanda®) para o rodete de cera. Com o plano de orientação em posição, foram feitos ajustes na altura do rodetes para regular a DVO de acordo com o valor definido. Os rodetes de cera estavam localizados nas regiões edêntulas posteriores bilateralmente. O registro da oclusão foi realizado em RC. Nos locais onde a cera foi esmagada, retirou-se o excesso de cera e colocou-se uma fina camada de pasta zinco-enólica (Pasta Lysanda; Lysanda®) para o refinamento do registro na mesma posição mandibular (RC). Na região anterior foi utilizado um material de registro oclusal (Re'CORD; Bosworth®) para estabilização dos modelos de trabalho.

O próximo passo foi o registro do arco facial para a montagem dos modelos de gesso em articulador semi-ajustável (Bio-Art®) (Foto 3).

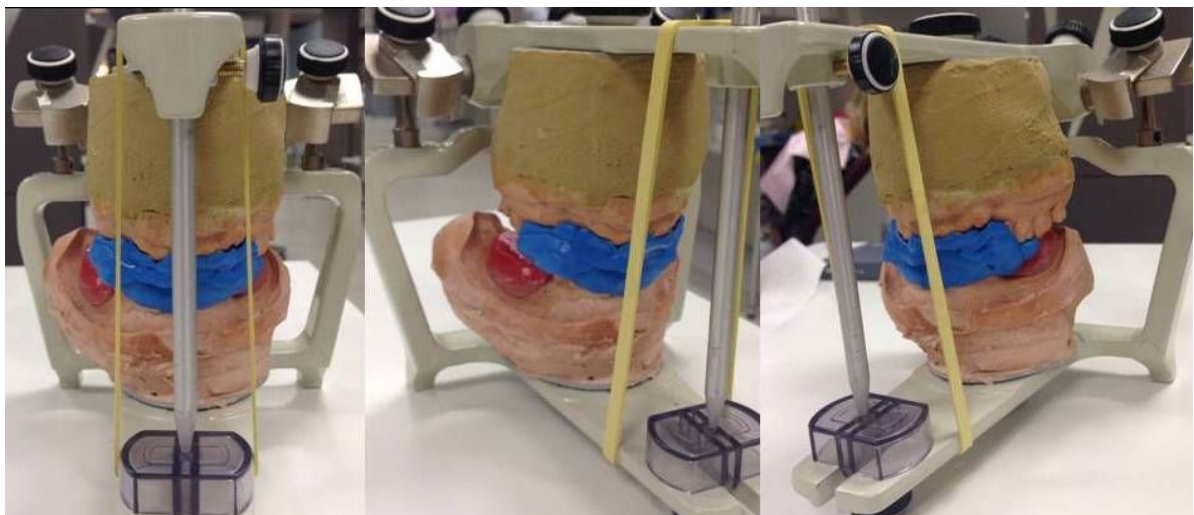


Foto 3 – Montagem em articulador semi-ajustável.

Fonte: acervo pessoal

O conjunto foi enviado ao laboratório de prótese odontológica e solicitou-se a confecção de placas dentadas superior e inferior em acrílico termopolimerizável na

cor A3 da escala de cor Vita (Vita Classical; Wilcos ®), na altura da nova DVO restabelecida.

As placas dentadas em acrílico termopolimerizável ficaram prontas e foram reembasadas em boca com resina acrílica autopolimerizável pó (Duralay; Polidental®) e líquido (Duralay; Polidental®) para melhorar a retenção e a estabilidade. Foram feitos ajustes oclusais com harmonia de contatos, gerando contatos uniformes em todos os dentes, sendo mais fortes nos posteriores e mais fracos nos anteriores, além da recuperação das guias caninas e anterior (Foto 4).

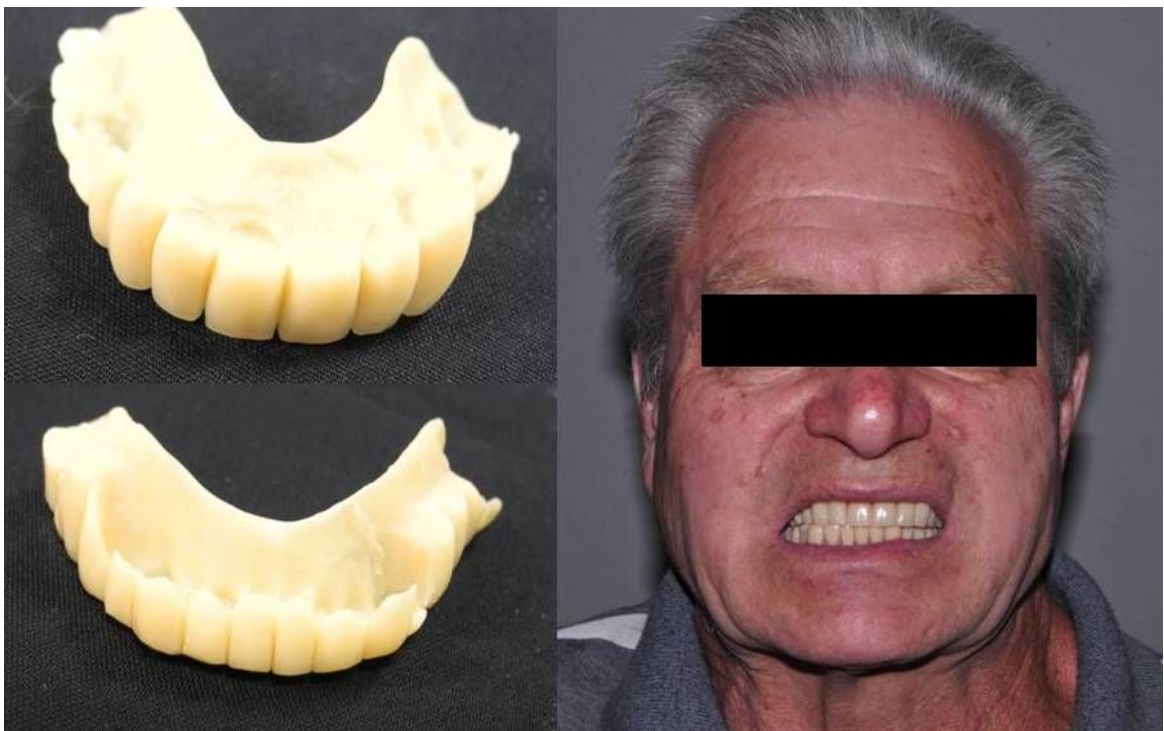


Foto 4 – Placas dentadas superior e inferior, à esquerda, e em posição, à direita.

Fonte: acervo pessoal

O paciente fez o uso das placas dentadas durante três meses antes de ser iniciado o tratamento de reabilitação protética definitiva. Foi orientado a utilizar as placas o máximo de tempo possível por dia, retirar somente para se alimentar e fazer a higienização das placas com escova e sabão ou sabonete líquido neutro. Nesse período de três meses foram feitos pequenos reembasamentos nas placas mensalmente e ele não relatou qualquer dor ou desconforto, portanto a DVO estabelecida será mantida para o tratamento reabilitador definitivo.

DISCUSSÃO

A reconstrução de uma dentição extremamente desgastada é muito difícil e complexa, o que significa um grande desafio para os dentistas (GHADIALI; GANGADHAR; SHIGLI, 2007; FREITAS JÚNIOR et al., 2012).

Em alguns casos os pacientes apresentam esse desgaste dentário devido a problemas como o bruxismo associado à erosão dentária (MOSHAVERINIA et al., 2014; FREITAS JÚNIOR et al., 2012; FONSECA; NICOLAU; DAHER, 2011). Já em outros pacientes, a perda de dentes posteriores é a causa do desgaste dentário em dentes anteriores (BEYTH; TAMARI; SHARON, 2014; BATAGLION et al., 2012; SONG; PARK; PARK, 2010; JAHANGIRI; JANG, 2002).

A queixa principal da maioria dos pacientes é a dificuldade de mastigação, relatada nos casos de Beyth, Tamari e Sharon (2014), Freitas Júnior et al. (2012), Fonseca, Nicolau e Daher (2011), Song, Park e Park (2010), Ghadiali, Gangadhar e Shigli (2007) e Jahangiri e Jang (2002).

A estética também é um motivo para muitos pacientes procurarem atendimento, como nos casos de Alfadda (2014), Moshaverinia et al. (2014), Bataglioni et al. (2012), Freitas Júnior et al. (2012) e Fonseca, Nicolau e Daher (2011). Outro motivo é a presença de sintomatologia dolorosa, como nos casos de Ozcelik, Yilmaz e Seyhan (2010) e Schirra (2013).

Muitos autores concordam que, antes de iniciar um tratamento restaurador definitivo, é necessário fazer uma avaliação da dimensão vertical de oclusão, utilizando-se dispositivos como placas dentadas e próteses parciais removíveis terapêuticas (PPRT), em pacientes com dentição excessivamente desgastada. Jahangiri e Jang (2002), Muts et al. (2014), Freitas Júnior et al. (2012) e Moshaverinia et al. (2014) utilizaram dispositivos temporários para essa avaliação em seus estudos, levando em conta que os tratamentos definitivos podem ser dispendiosos e consumir muito tempo.

Com relação ao tempo de utilização dos dispositivos temporários, os estudos mostram uma concordância entre os autores de que o período necessário varia de um a três meses. Moshaverinia et al. (2014) relata que o dispositivo oclusal foi utilizado durante quatro semanas e no estudo de Freitas Júnior et al. (2012) ele foi utilizado pelo paciente por dois meses antes de iniciarem o tratamento restaurador.

No relato de caso de Jahangiri e Jang (2002), assim como no presente relato, o paciente utilizou as placas dentadas durante três meses, para então ter início o tratamento definitivo. Muts et al. (2014) em sua revisão de literatura descreve que em cinco casos foi utilizado um dispositivo removível durante, em média, entre um e três meses.

Segundo Bataglioni et al. (2012), Fonseca, Nicolau e Daher (2011) e Ozcelik, Yilmaz e Seyhan (2010), o uso dos dispositivos é considerado um tratamento reversível, conservador, não invasivo e não dispendioso para o paciente e serve para a recuperação da dimensão vertical de oclusão e da função.

No estudo de Beyth, Tamari e Sharon (2014), onde os pacientes eram considerados de alto risco para procedimentos cirúrgicos e no de Wong e Nguyen (2013) e Kumar et al. (2012), levando em consideração o custo de tratamento e o histórico dentário e médico dos pacientes, os dispositivos foram utilizados em caráter definitivo, mas essa conduta pode ser considerada de curto prazo, visto o desgaste acentuado sofrido pelo acrílico em uma nova oclusão restabelecida.

CONCLUSÃO

A partir deste relato de caso clínico foi possível concluir:

- 1 – O tratamento de pacientes que apresentam desgaste dentário excessivo é um grande desafio na odontologia e é necessário um planejamento completo para que o resultado seja satisfatório.
- 2 – O uso das placas dentadas para o aumento da dimensão vertical de oclusão previamente ao tratamento reabilitador definitivo é um artifício que auxilia na avaliação da DVO, não é dispendioso e contribui com o sucesso do tratamento restaurador.
- 3 – O uso das placas dentadas permite avaliar a presença ou ausência de dor muscular e/ou articular na nova DVO antes dos preparos dentários definitivos, o que poderia ser irreversível se fosse realizado previamente a esse diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDUO, J.; LYONS, K. Clinical considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. **Australian Dental Journal**, v. 57, p. 2-10, 2012.

ALFADDA, S. A. A conservative and reversible approach for restoring worn teeth: a clinical report. **J Prosthet Dent**, v. 112, p. 18-21, 2014.

BATAGLION, C.; HOTTA, T. H.; MATSUMOTO, W.; RUELLAS, C. V. O. Reestablishment of occlusion through overlay removable partial dentures: a case report. **Braz Dent J**, v. 23, n. 2, p. 172-174, 2012.

BEYTH, N.; TAMARI, I.; SHARON, A. B. Overlay removable denture for treatment of worn teeth. **Spec Care Dentist**, v. 34, n. 6, p. 295-297, 2014.

CARDOSO, A. C. **Oclusão**: para você e para mim. 1ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 2007. 233 p.

DAWSON, P. E. **Functional occlusion**: from TMJ to smile design. 9ª ed. Mosby Inc, 2007. 629 p.

DITTERICH, R. G.; ROMANELLI, M. V.; DE SOUZA, J. A. Jr. Dimensão vertical e relação central em prótese removível: análise e discussão dos métodos de obtenção. **Biol Health Sci**, Ponta Grossa, v. 11, n. 3/4, p. 79-87, set/dez. 2005.

FONSECA, J.; NICOLAU, P.; DAHER, T. Maxillary overlay removable partial dentures for the restoration of worn teeth. **Compend Contin Educ Dent**, v. 32, n. 3, p. 12-21, abr. 2011.

FREITAS, A. C. Jr.; SILVA, A. M.; LIMA VERDE, M. A. R.; JORGE DE AGUIAR, J. R. P. Oral rehabilitation of severely worn dentition using an overlay for immediate re-establishment of occlusal vertical dimension. **Gerodontology**, v. 29, p. 75-80, 2012.

GHADIALI, B. J.; GANGADHAR, S. A.; SHIGLI, K. The removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear. **The Journal of Indian Prosthodontic Society**, v. 7, n. 3, p. 153-157, jul. 2007.

GOIATO, M. C.; DOS SANTOS, D. M.; SÔNEGO, M. V. Abordagem clínica dos registros utilizados para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão em prótese total. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 34, n. 1, p. 45-49, jan/jun. 2013.

GUAITA, M.; HÖGL, B. Current treatments of bruxism. **Curr Treat Options Neurol**, v. 18, n. 10, p. 1-15, fev. 2016.

JAHANGIRI, L.; JANG, S. Onlay partial denture technique for assessment of adequate occlusal vertical dimension: a clinical report. **J Prosthet Dent**, v. 87, n. 1, p. 1-4, jan. 2002.

KUMAR, P.; RASTOGI, J.; JAIN, C.; SINGH, H. P. Prosthodontic management of worn dentition in pediatric patient with complete overlay dentures: a case report. **J Adv Prosthodont**, v. 4, p. 239-242, 2012.

LOBBEZOO, F.; AHLBERG, J.; GLAROS, A. G.; KATO, T.; KOYANO, K.; LAVIGNE, G. J.; DE LEEUW, R.; MANFREDINI, D.; SVENSSON, P.; WINOCUR, E. Bruxism defined and graded: an international consensus. **J Oral Rehabil**, v. 40, n. 1, p. 2-4, 2013.

MAGALHÃES, J. B.; ZAVANELLI, A. C.; ZAVANELLI, R. A. Análise de proporções faciais e sua relação com o formato dentário e com a dimensão vertical de repouso e de oclusão entre discentes institucionalizados. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v. 40, n. 5, p. 215-221, set./out. 2011.

MOSHAVERINIA, A.; KAR, K.; AALAM, A. A.; TAKANASHI, K.; KIM, J.; CHEE, W. W. A multidisciplinary approach for the rehabilitation of a patient with an excessively worn dentition: a clinical report. **J Prosthet Dent**, v. 111, n. 4, p. 259-263, 2014.

MUTS, E. J.; VAN PELT, H.; EDELHOFF, D.; KREJCI, I.; CUNE, M. Tooth wear: a systematic review of treatment options. **J Prosthet Dent**, v. 112, p. 752-759, 2014.

OKESON, J. P. **Management of temporomandibular disorders and occlusion**. 9^a ed. Mosby Inc, 2007. 487 p.

OZCELIK, T. B.; YILMAZ, B.; SEYHAN, T. Rehabilitation of a malocclusion with an onlay removable partial denture in a patient with ankylosing spondylitis: a case report. **Quintessence Int**, v. 42, n. 4, p. 349-352, abr. 2011.

PEGORARO, L. F.; DO VALLE, A. L.; DE ARAÚJO, C. R. P.; BONFANTE, G.; CONTI, P. C. R.; BONACHELA, V. **Prótese fixa**. 1^a ed. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda., 2004. 313 p.

REIS, K. R.; TELLES, D. M.; FRIED, E.; KAIZER, O. B.; BONFANTE, G. Análise do método de Willis na determinação da dimensão vertical de oclusão. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 48-51, jan/jun. 2008.

SCHIRRA, C. Loss of vertical dimension: extensive therapy in dentitions with erosion and abrasion. **Quintessence Int**, Alemanha, v. 44, n. 10, p. 733-740, nov/dez. 2013.

SONG, M. Y.; PARK, J. M.; PARK, E. J. Full mouth rehabilitation of the patient with severely worn dentition: a case report. **J Adv Prosthodont**, v. 2, n. 3, p. 106-110, 2010.

THE GLOSSARY OF PROSTHODONTIC TERMS, 8^a ed. **J Prosthet Dent**, v. 94, n. 1, p. 10-92, 2005.

WONG, A. T. T.; NGUYEN, C. Rehabilitation of a patient with an elusive medical history and loss of occlusal vertical dimension. **J Can Dent Assoc**, v. 79, n. d35, p. 1-6, 2013.

ANEXO

1. Termo de consentimento

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM

Nome: Gabriel Serafim Otto
Portador(a) do documento de identidade: 4046702-5

Autorizo Não autorizo

A equipe da PRIME a utilizar:

- Imagem da face toda sim não
- Imagem da face com olhos cobertos sim não
- Imagem da boca em repouso sim não
- Imagem da boca sorrindo sim não
- Imagem apenas dos dentes (sem lábios) sim não
- Depolimento sim não

Nos seguintes meios de comunicação:

- Mídia e revista de circulação pública sim não
- Revista científica sim não
- Revistas e palestras sim não

Contida em 13 de Outubro de 2016

GABRIEL SERAFIM OTTO
Nome do Paciente ou Responsável Legal

Gabriel Serafim Otto
Assinatura

4046702-5
CPF ou RG