

GUILHERME GOETTENAUER DE FREITAS

**PLACA DE PROTEÇÃO ALVEOLAR: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM NOVO
DISPOSITIVO USADO APÓS A EXODONTIA**

VILA VELHA

2020

GUILHERME GOETTENAUER DE FREITAS

**PLACA DE PROTEÇÃO ALVEOLAR: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM NOVO
DISPOSITIVO USADO APÓS A EXODONTIA**

Dissertação apresentada ao
Centro de Pós graduação / CPO
São Leopoldo Mandic, para obtenção do
título de Mestre em Odontologia

Área de Concentração: Implantodontia

Orientador: Prof. Dr. Fabiano Capato de
Brito

Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo Cláudio
Lopes de Chaves e Mello Dias

VILA VELHA

2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que me ajudaram de todas as formas, com envios de artigos, ajuda na pesquisa e paciência. A minha esposa Juliana Salim pela compreensão, meus filhos Bernardo e Pedro. Em especial ao mestre Eduardo Claudio Lopes de Chaves e Mello Dias, que me incentivou de forma incisiva para a conclusão do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço enormemente aos pacientes pela compreensão e zelo pela pesquisa. Aos funcionários da São Leopoldo Mandic de Vila Velha-ES, aos professores Fabiano Capato de Brito, Eduardo Dias pelo exemplo de dedicação. Aos colegas pela companhia durante este tempo e a construção de novas amizades. Ao Dr.Márcio Baltazar Conz, pelo carinho que me cedeu o trabalho e todo apoio.

Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista
Aldo Novak

RESUMO

Foi desenvolvido um novo dispositivo conhecido como Placa de Proteção Alveolar (PPA) para a proteção do alvéolo dentário. Justifica-se o presente trabalho pela necessidade de avaliação de novos meios que possam permitir a manutenção do coágulo no alvéolo de extração, protegendo-o da entrada de restos alimentares, assim evitando intercorrências como hemorragias e alveolites no local. O objetivo deste trabalho é apresentar esta nova técnica de tratamento após exodontias utilizando 3 modelos de placa de proteção desenvolvido: Placa de Proteção Simples, Placa de Proteção com Haste e Placa de Proteção para Implantes Imediatos. Foram selecionados 10 pacientes com idade igual ou superior a 21 anos, não fumantes de mais do que 10 cigarros/dia, sem a necessidade de procedimento de enxertia no momento da exodontia, entre outros critérios, para a exodontia de pré-molares e molares, nos quais foram utilizadas as placas em estudo, de acordo com a necessidade de cada procedimento cirúrgico. Os resultados obtidos foram satisfatórios, notando-se uma excelente cicratização dos tecidos periodontais, não havendo qualquer hemorragia, alveolite, infecção local ou qualquer outro efeito adverso. Conclui-se que os três modelos de Placa de Proteção Alveolar avaliados mostraram-se adequados às suas respectivas indicações clínicas, trazendo benefícios na cicratização dos pacientes.

Palavras-chave: Exodontia, Alvéolo de extração, Alveolite, Placa de proteção Alveolar.

ABSTRACT

A new device known as Alveolar Protection Device has been developed. It serves for the protection of the dental alveolus. This present study is justified by the need of assessment of new methods for keeping the clot in the extraction alveolus, thus protecting it from the entry of food debris, as to avoid complications such as hemorrhages and alveolites on site. The objective of this present study is to present this new treatment technique after tooth extraction with the usage of 3 designed models of protection: the Simple Protection Plate, Shaft Protection Plate and Protection Plate for Immediate Implants. 10 patients were selected within criteria such as 21 years of age or older, nonsmokers or smokers of no more than 10 cigarettes per day, in no need for grafting at the moment of tooth extraction. Those patients were submitted to extraction of either a molar or premolar tooth, where the device was used in compliance with the demands of each individual surgical procedure. Achieved results were satisfactory, excellent periodontal tissue healing was noticed, as there was no hemorrhage, no alveolite, no site infection or any other undesired effect. It has been concluded that the three assessed models of Alveolar Protection Device have proved to be adequate to their respective clinical indications, as they provide the desired healing benefits to patients.

Keywords: Tooth extraction, Extraction socket, Alveolite, Alveolar Protection Device.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
3 PROPOSIÇÃO	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS	19
4.1 Seleção dos pacientes	19
4.2 Critérios de inclusão	19
4.3 Critérios de exclusão	20
4.4 Procedimento para exodontias e instalação das placas	20
4.5 Modelos de placa de proteção alveolar	20
5 RESULTADOS.....	28
6 DISCUSSÃO	33
7 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	40
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO	437

1 INTRODUÇÃO

As exodontias (extrações dentárias) são procedimentos comumente efetuados nos consultórios dentários, com subsequente instalação de implantes. A grande maioria desses procedimentos não produzem mais que um incômodo passageiro, de rápida cicatrização. Para que se alcance tal cenário de mitigação de danos e ocorrências indesejadas, nosso estudo apresenta um novo dispositivo: este conceito de Placa de Proteção Alveolar ora em estudo.

No entanto, complicações não podem ser descartadas, pois elas existem e podem ser prevenidas, pelo profissional, com técnicas cirúrgicas e o conhecimento das consequências destes procedimentos.

Algumas complicações são: alveolite, infecção, hemorragia, parestesia temporária, edema exacerbado, hematoma, comunicação buco-sinusal persistente, dano permanente ao nervo, danos aos dentes vizinhos. A alveolite é uma complicação infecciosa local considerada uma das mais frequentes. Entende-se que a alveolite é a consequência de uma perturbação da cicatrização do alvéolo, classificada como alveolite seca ou supurada, sendo a alveolite seca a mais comum. A higienização precária, tabagismo, falta de cuidado pós-operatório podem agravar este quadro. A hemorragia é uma complicação também muito frequente, pode ser um problema pequeno ou não, ocorre no trans-operatório ou mesmo após a cirurgia. A experiência do profissional e uso de técnicas para a manutenção do coágulo sanguíneo no alvéolo, auxiliam na diminuição desse risco.

De acordo com Dahlin et al. (1988), a formação óssea nos alvéolos acontece de forma centrípeta, das paredes laterais em direção ao centro, ao longo

de uma densa rede de fibras de colágeno. A proliferação e invaginação dos tecidos moles resultam em um defeito convexo no rebordo, abaixo do nível da crista óssea, desfavorecendo uma futura reabilitação.

Ainda de acordo com os mesmos autores, Dahlin et al. (1988), a fim de prevenir tal processo fisiológico, pode-se fazer o isolamento da ferida com membranas, evitando a invaginação do epitélio para dentro do alvéolo, favorecendo desta forma a proliferação de células com potencial de regeneração óssea. Um ponto importante a ser observado é que o isolamento do coágulo sanguíneo pode concentrar fatores de crescimento e outros elementos celulares necessários à cicatrização. O procedimento com o uso de membranas na potencialização da formação óssea é conhecido como regeneração óssea guiada (ROG), que tem por base a seletividade celular, criando barreiras biológicas para impedir a migração de células epiteliais e guiar a proliferação de células osteogênicas.

A implantodontia tem como um de seus princípios basilares a disponibilidade óssea do paciente. Para uma reabilitação oral com o uso de implantes osseointegráveis, é necessária a existência de osso suficiente, tanto em altura, como em espessura (Silveira, 2005).

Foi criado o dispositivo em estudo para se tentar amenizar a perda da dimensão da crista óssea, bem como evitar a contaminação alveolar por restos alimentares, manter o coágulo e também fazer uma hemostasia local. Fatores esses que devem ser levados em consideração de modo a compensar as mudanças fisiológicas, favorecendo uma futura reconstrução ou a instalação de implantes dentários.

O presente trabalho objetiva consagrar ou rechaçar a hipótese de aplicação

de um novo dispositivo de proteção alveolar, o qual, por sua vez, serve a uma melhor cicatrização dos tecidos periodontais e podendo também alcançar a estabilização dos grânulos do substituto ósseo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A extração dentária é o procedimento mais comum da cirurgia oral e um dos mais frequentes na prática da Odontologia (Akinbami, Godspower, 2014; Venkateshwar et al., 2011).

O período pós-operatório compreende o espaço temporal entre o fim da intervenção cirúrgica e o momento a partir do qual se pode considerar que o paciente retomou o seu estado normal. As complicações pós-operatórias podem ocorrer entre poucos minutos a várias horas ou dias após a extração dentária e requerem uma intervenção adequada de acordo com a severidade da condição, podendo em alguns casos ser fatal, sobretudo no caso de infecções graves (Gay-Escoda, Aytés, 2004). A extração do dente já foi descrita como a amputação de um órgão que pode levar a problemas funcionais, psicológicos, mudanças posturais e locais (Atwood, 1963). Assim, de modo a prevenir estas complicações, é imperativo que o dentista tenha conhecimento das suas implicações e estratégias de prevenções e tratamentos (Chander et al., 2013; Venkateshwar et al., 2011).

Após a extração do dente, várias mudanças podem ocorrer no processo de cicatrização alveolar, as quais podem impedir ou dificultar a instalação de implantes, levando a um mal posicionamento do implante e, conseqüentemente, com reflexo em uma inadequada prótese sobre implantes (Araújo et al., 2015). As mudanças dimensionais que ocorrem na região alveolar de crista após extração de dente foram relatadas em vários estudos em humanos (Pietrokovski et al., 2007; Atwood, 1963) e foram determinadas usando diferentes metodologias, incluindo exames clínicos, modelos de gesso e exames radiográficos. Após a extração

dentária, a crista óssea exibe uma redução limitada em sua dimensão vertical, enquanto a redução horizontal é substancial (Pietrokovski et al., 2007). Conforme já bem descrito na literatura, pode-se esperar uma redução de até 50% de a largura da crista óssea original, sabendo-se também que a quantidade de reabsorção óssea será maior na face vestibular do que em sua contraparte lingual / palatal; ratificando também que uma maior redução óssea alveolar ocorrerá nas regiões molares (Pietrokovski, Massler, 1967).

Após a extração, durante a cicatrização da área, os tecidos moles são rompidos em função do rompimento do sistema vascular e das estruturas do ligamento periodontal, que são danificadas ou destruídas. As fibras principais do ligamento periodontal também são rompidas (Cardaropoli et al., 2003). É prudente tentar limitar o trauma através de procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos quando possível (Muska et al., 2013).

O aumento na demanda por estética em odontologia destaca a importância em manter o volume adequado da crista óssea a fim de alcançar um longo prazo esteticamente aceitável das próteses sobre implantes (Grunder et al., 2005). Desta forma são esperadas e utilizadas técnicas para que o processo de cicatrização alveolar seja feito da maneira mais adequada para prevenir a perda de suporte ósseo e de tecido mole, permitindo uma restauração ideal implanto suportada.

As orientações pós-operatórias devem conter as informações mais importantes, para a manutenção da higiene oral. Esta orientação objetiva prevenir a ocorrência de infecção. Alguns pacientes, pela própria dificuldade em abrir a boca no período pós-operatório, ficam receosos em realizar a higienização bucal. O acúmulo

exagerado de restos alimentares sobre a região operada propicia condições favoráveis para proliferação microbiana e, em consequência, infecções pós-operatórias podem ocorrer. Tal fenômeno é visto frequentemente em áreas após exodontias, onde o acesso para higienização está mais dificultado após a cirurgia (Nogueira et al., 2006).

Em relação às suturas, a sua remoção deve ser realizada entre 5 a 7 dias pós-operatórios. Após esse período perdem a função de coaptação de bordos e proteção da ferida cirúrgica e, ao contrário, agem dificultando a higienização, contribuindo para o acúmulo de restos alimentares na área operada. É bastante comum após a exodontia de dentes a cicatrização por segunda intenção devido à impossibilidade de se realizar sutura "bordo a bordo", tornando a região bastante propícia para a penetração e acúmulo de restos alimentares e, conseqüentemente, mais vulnerável à infecção. Devido à orientação anterior de não se escovar diretamente sobre a zona operada, torna-se importante a realização dos bochechos pós-operatórios. Preconizamos o uso soluções a base de clorexidina 0,12% (Bajkin et al., 2015).

Os meios para promover a hemostasia mais usados são o uso de sutura, compressão com gaze por 30 minutos, aplicação de esponjas hemostáticas reabsorvíveis de gelatina ou colágeno, celulose oxidada, cola de fibrina, ou anti-fibrinolíticos (aplicados topicamente no local da extração ou na forma de solução, através de bochechos) (Bajkin et al., 2015; Jimson et al., 2015).

Materiais usados como agentes hemostáticos locais auxiliam a hemostasia e a cicatrização da ferida. São biocompatíveis, criando uma barreira física que estabiliza o coágulo no local (Jimson et al., 2015). Um estudo recente de

Pippi et al. (2015) demonstrou ainda que reduz a dor pós-operatória e favorece uma rápida cicatrização dos tecidos.

Lim et al. (2019) observaram os feitos da preservação alveolar de molares sem fechamento primário de retalho, comparando três grupos: alvéolos enxertados com osso bovino desproteínizado contendo 10% de colágeno (DBBM-C) e cobertos por membrana de colágeno nativo bicamada (NBCM) (grupo de teste 1); alvéolos enxertados só com DBBM-C (grupo de teste 2); e aqueles que tiveram a cicatrização natural (grupo de controle). Observaram na biopsia uma menor reabsorção horizontal no grupo de teste 1, mas não havendo diferenças significativas entre os grupos, com medições clínicas e histomorfométricas. Os níveis de osso marginal foram considerados estáveis após um ano de carga em todos os grupos.

De acordo com Duong et al. (2020), há poucas evidências acerca dos benefícios da preservação alveolar em região de molares. Em estudo feito com três grupos de pacientes: Grupo controle, somente com extração; Grupo de teste 1, com a crista alveolar preservada com FDBA e membrana densa de dPTEFE, e um terceiro grupo com esponja de colágeno. Os implantes foram instalados três meses após a extração e foi realizada uma osteotomia no local de inserção. Constatou-se que a preservação alveolar em região de molares com o uso de FDBA e esponja de colágeno absorvível pode ser uma alternativa suficiente e econômica para a preservação de dimensão de crista sem interferir com a quantidade de formação de osso novo.

Avila-Ortiz et al. (2020) realizaram um estudo com o objetivo de testar a eficácia da preservação alveolar quando comparada à cicatrização da exodontia sem preservação. Avaliaram também o efeito do fenótipo local na redução do

volume ósseo. Cinquenta e três indivíduos foram divididos em dois grupos. No grupo experimental (26 indivíduos), após a exodontia os alvéolos foram preenchidos com um aloenxerto particulado e selados com uma membrana de colágeno, enquanto no grupo controle (27 indivíduos), foi realizado apenas a exodontia. Os pacientes foram acompanhados por 14 semanas sendo registrados dados volumétricos e clínicos tanto em relação aos sítios quanto em relação aos pacientes. Em todas as avaliações ósseas a preservação alveolar apresentou resultados superiores com menor reabsorção óssea de forma estatisticamente significativa, em relação ao grupo controle. A análise de regressão linear demonstrou que revelou que a espessura óssea no momento da exodontia é um forte preditor da reabsorção óssea em ambos os grupos. Embora tenha havido algum grau de reabsorção óssea em ambos os grupos, a preservação alveolar foi superior à exodontia simples uma vez que foi mais eficaz na manutenção do osso alveolar e reduziu de a necessidade de aumento ósseo adicional do tempo de tratamento.

Vidigal Jr. et al (2020) teve como objetivo de estudo, avaliar a reconstrução do osso alveolar após extração em 12 pacientes com perda da tábua óssea vestibular em dentes na região anterior da maxila usando a técnica da reconstrução alveolar proteticamente guiada (RAPG). Na RAPG, uma prótese parcial fixa provisória (PPFP [convencional ou adesiva]) com um pântico com design específico mantém o coágulo numa posição mecanicamente estável. Além disso, o design do pântico, com formato de ampulheta e localizado na área subgingival, também previne o colapso das margens gengivais. As medições do ganho vertical ósseo vestibular e do ganho em espessura na crista óssea alveolar foram realizadas. Após o tratamento, todos os pacientes apresentaram formação óssea (ganho vertical médio de $7,1 \pm 3,7$ mm, associado a ganho horizontal médio de

4,5±1,4 mm na crista óssea alveolar). Nenhuma retração gengival acima de 1 mm foi observada. Procedimentos com baixa morbidade sem o uso de biomateriais podem ser úteis na regeneração/preservação do rebordo após as extrações. A RAPG promove a formação do osso alveolar sem o uso de retalhos, enxertos e membranas.

3 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo realizar um estudo clínico do dispositivo chamado Placa de Proteção Alveolar em alvéolos, após a exodontia, cuja ação se dá protegendo o local da entrada de restos alimentares e prevenindo possível hemorragia local, além de reter o coágulo, favorecendo a cicatrização do alvéolo. Objetiva-se assim, aferir a execução e a eficácia clínica desse dispositivo.

Serão avaliadas a cicatrização dos tecidos periodontais e a ocorrência de hemorragias, alveolites, infecções locais e efeitos adversos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada após ser submetida à Plataforma Brasil e com a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para seres humanos da Faculdade de Odontologia e Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, sob parecer número 4.282.167.

4.1 Seleção dos pacientes

Foram avaliados 10 pacientes com indicação para exodontia de pré molares e/ou molares entre os pacientes que buscaram atendimento no Curso de Especialização em Implantodontia da Unidade Grande Vitória do Centro de Pós Graduação São Leopoldo Mandic, todos acima de 21 anos de idade.

Todos os pacientes receberam instruções e orientações sobre os procedimentos e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar os procedimentos referentes à pesquisa.

4.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos pacientes que tinham pelo menos um dente com indicação de exodontia nas regiões de pré-molares e/ou molares inferiores e/ou superiores sem defeitos ósseos que demandassem procedimentos de enxertia.

Não houve limitação quanto a gênero, raça, etnia ou estado de saúde do indivíduo envolvido na pesquisa, exceto aqueles listados nos critérios de exclusão

4.3 Critérios de exclusão

Serão excluídos da amostra indivíduos que não podem ser submetidos a procedimentos padrão de cirurgia bucal por qualquer razão, pacientes que fumem mais que 10 cigarros por dia, mulheres grávidas ou nutrizes, pacientes que necessitem procedimentos de enxertia no momento da exodontia e pacientes com algum tipo de doença ou moléstia do seio maxilar, quando a exodontia em questão for na região posterior da maxila.

4.4 Procedimento para exodontias e instalação das placas

Após anamnese, exame clínico e radiográfico confirmando a indicação de exodontia, os pacientes serão submetidos a antissepsia extraoral com clorexidina 2% e intraoral com clorexidina 0,12% e anestesia por bloqueio de campo e infiltração local com anestésico local a base de Mepivacaína Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (Mepinor 1/100 DFL). Será realizada então a sindesmotomia sem levantamento de retalho e exodontia do referido elemento dentário, seguida de curetagem e *toilette* do alvéolo com soro fisiológico (solução salina 0,09%) e, quando indicado, instalação do implante. Foi então instalado um dos modelos de placa de proteção alveolar, de acordo com a indicação para o referido caso. As placas de proteção alveolar foram removidas entre 14 e 28 dias após a cirurgia.

4.5 Modelos de placa de proteção alveolar

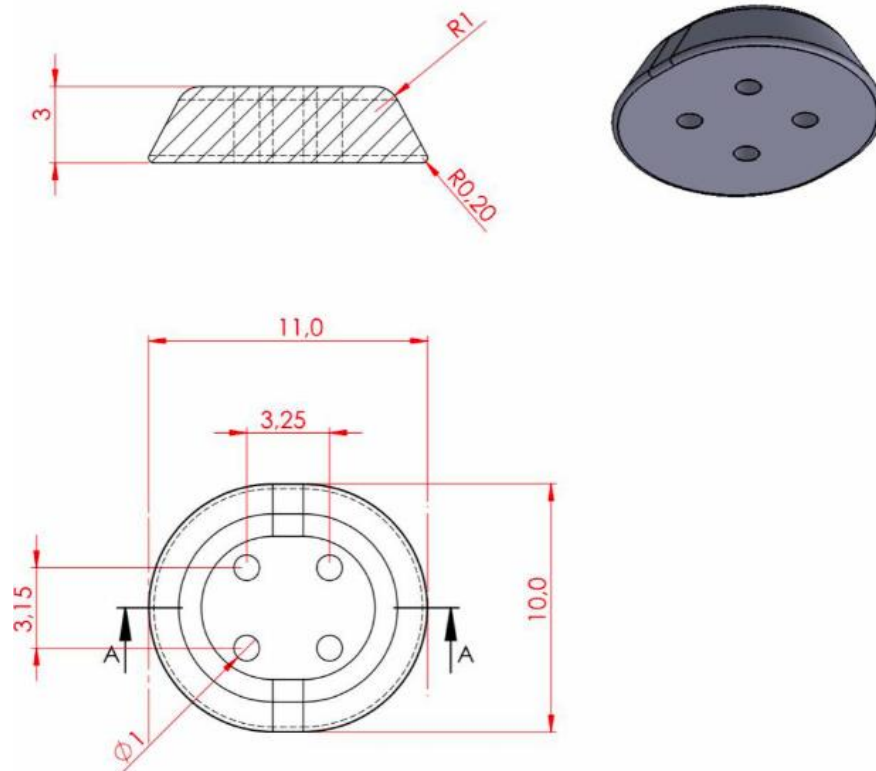
O dispositivo desenvolvido e patenteado, chamado de Placa de Proteção Alveolar, é indicado para utilização após a exodontia (figura 1), protegendo o alvéolo

de possível acúmulo de restos alimentares, evitando o surgimento de infecções locais e complicações como alveolites.

4.5.1 Placa de proteção alveolar simples

Placa de formato oval, com 11mm x 10 mm, com 4 furos centrais distantes entre si 3.25mm no sentido méso-distal e 3.15mm no sentido vestibulo lingual. Furos esses com 1mm de diâmetro cada e profundidade de 3mm. Com bordas ligeiramente arredondadas.

Figura 1 - Projeto da placa de proteção alveolar simples.



Fonte: Autoria própria.

Figura 2 - Modelo demonstrativo do alvéolo após exodontia.



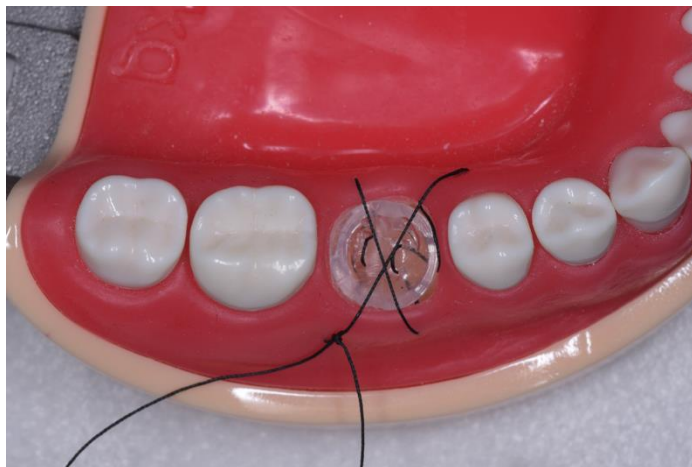
Fonte: Autoria própria.

Figura 3 - Placa de proteção alveolar simples.



Fonte: Autoria própria.

Figura 4 - Sutura para fixação da placa de proteção alveolar simples.

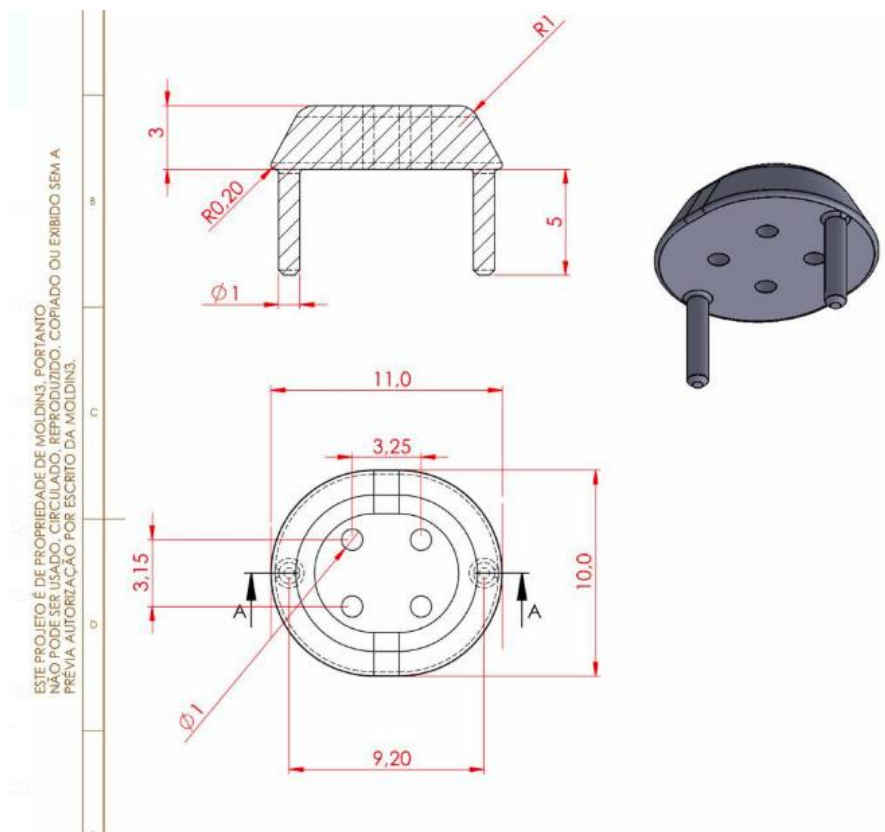


Fonte: Autoria própria.

4.5.2 Placa de proteção alveolar com haste

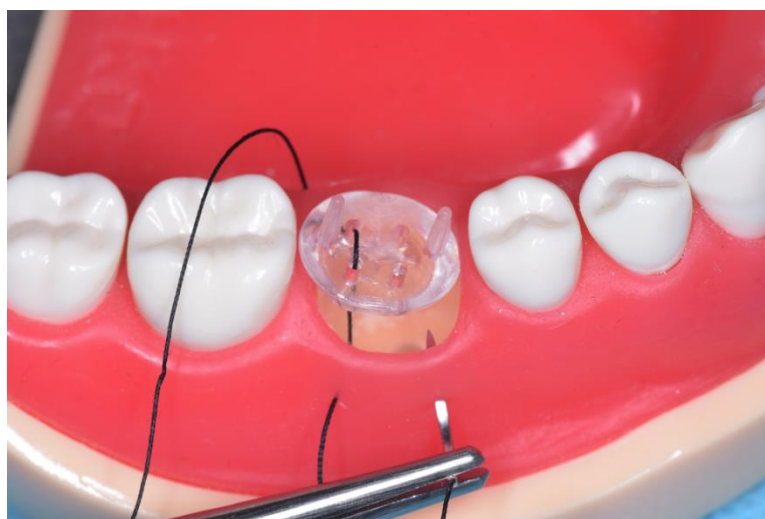
Placa de formato oval, com 11mm x 10 mm, com 4 furos centrais distantes entre si 3.25mm no sentido méso-distal e 3.15mm no sentido vestibulo lingual. Furos esses com 1mm de diâmetro cada e profundidade de 3mm, com 2 hastes de 1mm de diâmetro x 5mm de altura, com espaço méso-distal de 9.2mm entre elas. Com bordas ligeiramente arredondadas.

Figura 5 - Projeto da placa de proteção alveolar simples com haste.



Fonte: Autoria própria.

Figura 6 - Placa de proteção alveolar com haste.



Fonte: Autoria própria.

Figura 7 - Sutura + fixação com resina fotopolimerizável da placa de proteção alveolar com haste.

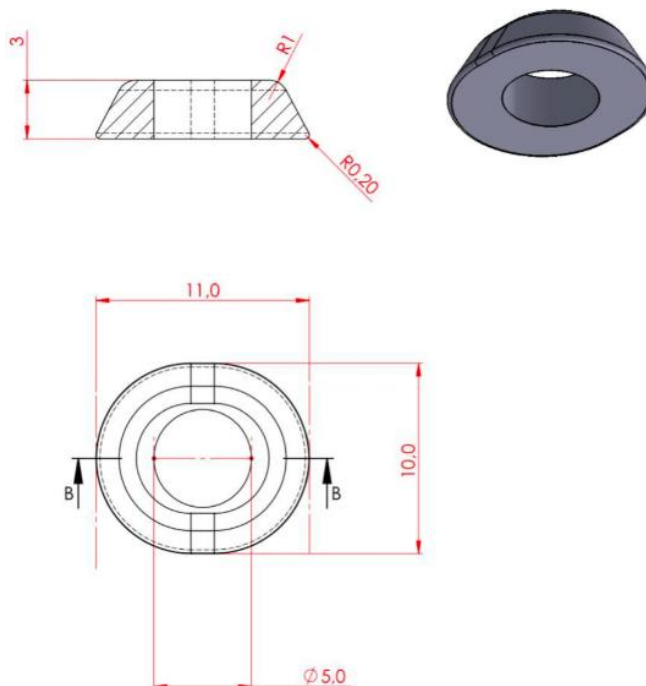


Fonte: Autoria própria.

4.5.3 Placa de proteção alveolar para implantes

Placa de formato oval, com 11mm x 10 mm, com 1 furo central com 5mm de diâmetro e profundidade de 3mm. Com bordas ligeiramente arredondadas.

Figura 8 - Projeto da placa de proteção alveolar para implantes.



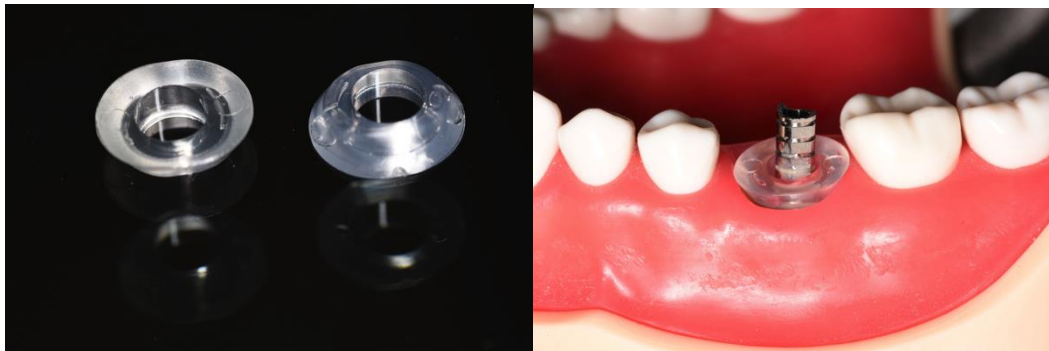
Fonte: Autoria própria.

Figura 9 - Modelo demonstrativo de alvéolo após exodontia onde foi instalado Implante dentário.



Fonte: Autoria própria.

Figura 9 - A) Placa de proteção alveolar para implantes. B) Placa de proteção alveolar para implantes e sua adaptação ao componente protético sobre o implante, protegendo o alvéolo de extração.



Fonte: Autoria própria.

Figura 10 - Modelo demonstrativo da placa de proteção para implantes.



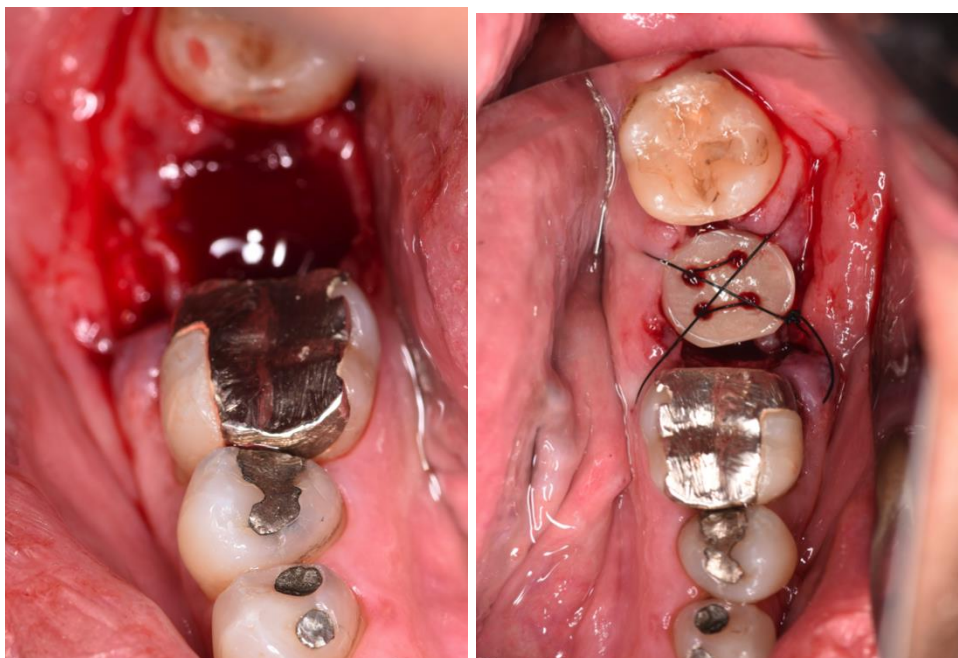
Fonte: Autoria própria.

5 RESULTADOS

Alguns casos clínicos são apresentados abaixo para exemplificar os procedimentos de instalação das Placas de Proteção Alveolar.

5.1 Placa de proteção alveolar simples

Figura 11 - A) Alvéolo de extração. B) Placa de Proteção Alveolar



Fonte: Autoria própria.

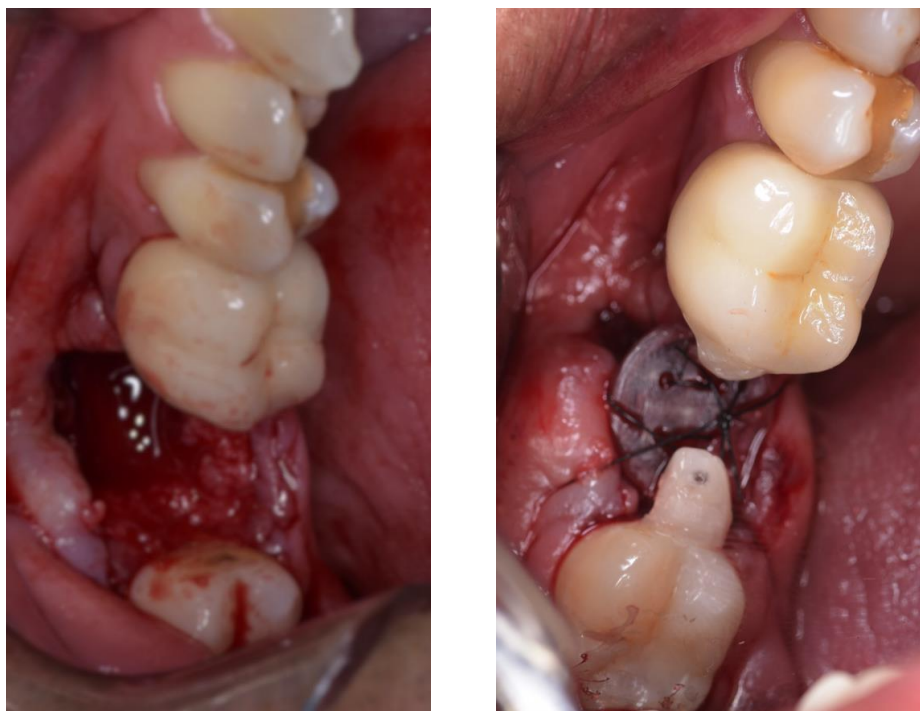
Figura 12 - A) 15 dias após a cirurgia. B) Rebordo cicatrizado.



Fonte: Autoria própria.

5.2 Placa de proteção alveolar com haste

Figura 13 - A) Alvéolo de extração. B) Placa de Proteção Alveolar com Haste.



Fonte: Autoria própria.

Figura 14 - A) 15 dias após a cirurgia. B) Placa com haste sem a sutura



Fonte: Autoria própria.

5.3 Placa de proteção Alveolar para implantes

Figura 15 - Implante imediato após exodontia.



Fonte: Autoria própria.

Figura 15 - Placa de proteção para implantes.



Fonte: Autoria própria.

Figura 16 - Tecido peri-implantar cicatrizado.



Fonte: Autoria própria.

Todos os pacientes evoluíram de forma satisfatória, com boa cicatrização dos tecidos periodontias e sem apresentarem nenhuma das complicações avaliadas.

Os resultados das avaliações clínicas estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Resultados clínicos obtidos.

Avaliação	Pac 1	Pac 2	Pac 3	Pac 4	Pac 5	Pac 6	Pac 7	Pac 8	Pac 9	Pac .10
Cicatrização dos tecidos periodontais	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hemorragia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alveolites	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infecções no local	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Efeitos adversos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Legenda: + Positivo / - Ausência; Pac. = paciente

Fonte: Autoria própria.

6 DISCUSSÃO

São diversas as complicações pós-extrações dentárias que podem surgir, como dor, edema, trismo, alveolite seca, hemorragia, lesões nervosas, infecções, osteonecrose, entre outros (Malkawi et al., 2011; Kazancioglu et al., 2014). Os clínicos devem estar cientes dos fatores de risco de modo a planejar corretamente a exodontia, reduzindo as complicações. Os fatores de risco variam de acordo com os diversos autores e características da exodontia e inclui a idade, gênero, historial médico, fumo, uso de contraceptivos orais, pobre higiene oral, presença de pericoronarite, relação com as estruturas nervosas, tipo de impactação, experiência do operador, técnica cirúrgica, técnica anestésica, tempo cirúrgico, entre outros (Malkawi et al., 2011; Eshghpour, 2013).

Cerca de 5% das extrações resultam em “alveolite” (isto ocorre quando um coágulo de sangue não é formado ou sai da cavidade óssea onde o dente foi extraído, deixando o osso exposto ao ar, fluídos e restos de alimentos). De acordo com Akinbami & Godspower (2014), a alveolite trata-se de uma “inflamação aguda do osso alveolar que rodeia o local de extração e que é caracterizada por dor severa e desagregação do coágulo formado no alvéolo, que fica vazio, encontrando-se frequentemente preenchido com restos alimentares”. Esta desagregação do coágulo sanguíneo pode dever-se a uma falha na sua formação ou à sua deslocação do alvéolo após a extração, causando dor que aumenta em severidade em qualquer altura entre o primeiro e o terceiro dia após a extração (Blum, 2002; Sharif et al., 2014).

Em pacientes com doenças hemorrágicas, como a hemofilia ou outros distúrbios da coagulação, incluindo alterações hepáticas, trombocitopenia e alterações induzidas por medicação antiagregante plaquetária e/ou anticoagulante, a hemorragia pós-extração pode ser difícil de conter (Cocero et al., 2014). Estes fármacos são muito utilizados na profilaxia e tratamento de numerosas doenças e podem perturbar o equilíbrio deste sistema, pela sua ação inibitória sobre a cascata de coagulação com o objetivo de reduzir o risco tromboembólico (Cocero et al., 2014; Morimoto et al., 2013).

Após o período de utilização dos 3 modelos de Placa de proteção Alveolar, verificamos que sua eficácia foi alcançada, não sendo constatadas alterações nos tecidos orais, protegendo o alvéolo de extração, nenhum caso de hemorragia pós operatória, ausência de alveolite, ausência de infecções, sem acúmulo de restos alimentares no local da cirurgia ou efeitos adversos.

O uso da placa protetora pode também ajudar no processo de cicatrização, uma vez que o tecido mole facial, fica mais consistente espontaneamente nos locais onde a reabsorção óssea ocorre de forma natural e progressiva na cicatrização do alvéolo pós extração, como afirmam os autores Chappuis et al. (2015). Este espessamento espontâneo do tecido mole após a cicatrização fornece uma quantidade maior de mucosa queratinizada, o que facilita o fechamento do retalho primário e favorece a regeneração óssea. Assim como pode reduzir a necessidade de tecido mole adicional (enxerto), limitando morbidade e os custos de tratamento (Buser et al., 2008; Evans, Chen, 2008).

O acompanhamento dos pacientes deve ser realizado entre 5 a 7 dias após a cirurgia, o mesmo deve ser informado dos cuidados pós-operatórios e da

possibilidade de deiscência da sutura, o que pode ocasionar no deslocamento da placa de proteção simples. Caso o paciente observe alteração na posição da placa de proteção deverá entrar em contato com o Cirurgião-dentista para avaliação clínica.

7 CONCLUSÃO

Após o acompanhamento do presente estudo clínico, podemos concluir que os 3 modelos de placa de proteção alveolar apresentaram resultados adequados as suas indicações clínicas, sendo eficazes na proteção do alvéolo de extração e trazendo benefícios aos pacientes submetidos a exodontias.

REFERÊNCIAS¹

- Akinbami BO, Godspower T. Dry socket: incidence, clinical features, and predisposing factors. *Int J Dent*. 2014;2014:796102.
- Araújo MG, Silva CO, Misawa M, Sukekava F. Alveolar socket healing: what can we learn? *Periodontol 2000*. 2015 Jun;68(1):122-34.
- Atwood DA. Postextraction changes in the adult mandible as illustrate by microradiographs of midsagittal section and serial cephalometric roentgenograms. *J Prosthet Dent*. 1963;13:810-824.
- Avila-Ortiz G, Gubler M, Romero-Bustillos M, Nicholas CL, Zimmerman MB, Barwacz CA. Efficacy of alveolar ridge preservation: a randomized controlled trial. *J Dent Res*. 2020 Apr;99(4):402-9.
- Bajkin BV, Urosevic IM, Stankov KM, Petrovic BB, Bajkin IA. Dental extractions and risk of bleeding in patients taking single and dual antiplatelet treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2015 Jan;53(1):39-43.
- Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002 Jun;31(3):309-17.
- Buser D, Bornstein MM, Weber HP, Grutter L, Schmid B, Belser UC. Early implant placement with simultaneous guided bone regeneration following single-tooth extraction in the esthetic zone: a cross-sectional, retrospective study in 45 subjects with a 2- to 4-year follow-up. *J Periodontol* 2008;79:1773-1781.
- Cardaropoli G, Araujo MG, Lindhe J. Dynamics of bone tissue formation in tooth extraction sites. An experimental study in dogs. *J Clin Periodontol* 2003;30:809-818.
- Chander PM, Ali FM, Aher V. C-reactive protein a better indicator of inflammation after third molar extraction. *Niger J Clin Pract*. 2013 Jul-Sep;16(3):297-301.
- Chappuis V, Engel O, Shahim K, Reyes M, Katsaros C, Buser D. Soft tissue alterations in esthetic postextraction sites: a 3-dimensional analysis. *J Dent Res*. 2015;94(9 Suppl):187S-93S.
- Christensen L, Breiting V, Janssen M, Vuust J, Hogdall E. Adverse reactions to injectable soft tissue permanent fillers. *Aesthetic Plast Surg*. 2005;29(1):34-48.
- Cocero N, Mozzati M, Ambrogio M, Bisi M, Morello M, Bergamasco L. Bleeding rate during oral surgery of oral anticoagulant therapy patients with associated systemic pathologic entities: a prospective study of more than 500 extractions. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014 May;72(5):858-67.
- Cordeiro A. Alveolite: ocorrência e tratamento [monografia]. Porto: Universidade do Porto; 2010.

¹ De acordo com o Manual de Normalização para Dissertações e Teses da Faculdade São Leopoldo de Mandic de 2019, baseado no estilo Vancouver, e abreviatura dos títulos de periódicos em conformidade com o Index Medicus.

- Cotrim RP Polimetilmetacrilato e suas aplicações na cirurgia bucomaxilofacial [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
- Dahlin C, Linde A, Gottlow J, Nyman S. Healing of bone defects by guided tissue regeneration. *Plast Reconstr Surg*. 1988 May;81(5):672-6.
- Duong M, Mealey BL, Walker C, Al-Harhi S, Prihoda TJ, Huynh-Ba G. Evaluation of healing at extraction molar sites with and without ridge preservation: a three-arm histological analysis. *J Periodontol*. 2020 Jan;91(1):74-82.
- Evans CD, Chen ST. Esthetic outcomes of immediate implant placements. *Clin Oral Implants Res* 2008; 19: 73-80.
- Gay-Escoda C, Aytés LB. Tratado de cirurgia bucal: tomo I. Madrid: Ergon; 2004.
- Grunder U, Gracis S, Capelli M. Influence of the 3-D boneto-implant relationship on esthetics. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2005;25:113-119.
- Jimson S, Amaldhas J, Jimson S, Kannan I, Parthiban J. Assessment of bleeding during minor oral surgical procedures and extraction in patients on anticoagulant therapy. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015 Apr;7(Suppl 1):S134-7.
- Kazancioglu HO, Kurklu E, Ezirganli S. Effects of ozone therapy on pain, swelling, and trismus following third molar surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014 May;43(5):644-8.
- Lim HC, Shin HS, Cho IW, Koo KT, Park JC. Ridge preservation in molar extraction sites with an open healing approach: a randomized controlled clinical trial. *J Clinl Periodontol*. 2019 Nov;46(11):1144-1154.
- Eshghpour M, Nejat AH. Dry socket following surgical removal of impacted third molar in an Iranian population: incidence and risk factors. *Niger J Clin Pract*. 2013 Oct-Dec;16(4):496-500.
- Malkawi Z, Al-Omiri MK, Khraisat A. Risk indicators of postoperative complications following surgical extraction of lower third molars. *Med Princ Pract*. 2011;20(4):321-5
- Morimoto Y, Yoshida N, Kawashima N, Matsumoto K, Kato K. Identification of predictive factors for response to intravenous immunoglobulin treatment in children with immune thrombocytopenia. *Int J Hematol*. 2014;99(5):597-602.
- Muska E, Walter C, Knight A, Taneja P, Bulsara Y, Hahn M, Desai M, Dietrich T. Atraumatic vertical tooth extraction: a proof of principle clinical study of a novel system. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013 Nov;116(5):e303-10.
- Nogueira AS, Vasconcelos BCE, Frota R, Cardoso ÁB. Postoperative orientations in oral surgery. *J Bras Clin Odontol Int* . 2006;(ed. especial):1-6.
- Pietrokovski J, Massler M. Alveolar ridge resorption following tooth extraction. *J Prosthet Dent*. 1967 Jan;17(1):21-7.
- Pietrokovski J, Starinsky R, Arensburg B, Kaffe I. Morphologic characteristics of bony edentulous jaws. *J Prosthodont*. 2007 Mar-Apr;16(2):141-7.
- Pippi R, Santoro M, Cafolla A. The effectiveness of a new method using an extra-alveolar hemostatic agent after dental extractions in older patients on oral anticoagulation treatment: an inpatient study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015 Jul;120(1):15-21.

Salles AG, Lotierzo PH, Gemperli R, Besteiro JM, Ishida LC, Gimenez RP, et al. Complications after polymethylmethacrylate injections: report of 32 cases. *Plast Reconstruct Surg*. 2008;121(5):1811-20.

Sharif MO, Dawoud BE, Tsihlaki A, Yates JM. Interventions for the prevention of dry socket: an evidence-based update. *Br Dent J*. 2014 Jul 11;217(1):27-30.

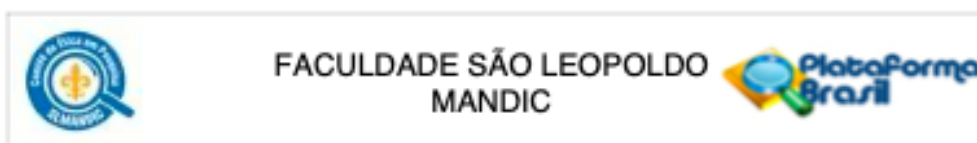
Silveira RL. Análise microscópica do processo de reparo ósseo frente ao vidro bioativo e barreira de sulfato de cálcio em calotas cranianas de ratos [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.

Vargas AF, Amorim NG, Pintanguy I. Complicações tardias dos preenchimentos permanentes. *Rev Bras Cir Plást*. 2009;24(1):71-81.

Venkateshwar GP, Padhye MN, Khosla AR, Kakkar ST. Complications of exodontia: a retrospective study. *Indian J Dent Res*. 2011 Sep-Oct;22(5):633-8.

Vidigal Junior GM, Dantas LRF, Silva Junior LCM, Groisman M, Fischer RG, Novaes Junior AB. Prosthetically driven alveolar reconstructions: a retrospective study. *Braz Dent J*. 2020;31(5):458-465.

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação clínica do uso das Placas de Proteção Alveolar na cicatrização pós-exodontia.

Pesquisador: EDUARDO CLAUDIO LOPES DE CHAVES E MELLO DIAS

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 2

CAAE: 35343020.3.0000.5374

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS SÃO LEOPOLDO MANDIC SS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.282.167

Apresentação do Projeto:

- É a apresentação do projeto transcrita do resumo do documento de informações básicas: "Serão avaliados 10 pacientes com indicação para exodontia de pré molares e/ou molares entre os pacientes que buscarem atendimento no Curso de Especialização em Implantodontia da Unidade Grande Vitória do Centro de Pós Graduação São Leopoldo Mandic, todos acima de 21 anos de idade. Após anamnese, exame clínico e radiográfico confirmando a indicação de exodontia, os pacientes serão submetidos a antissepsia extraoral com clorexidina 2% e intraoral com clorexidina 0,12% e anestesia por bloqueio de campo e infiltração local com anestésico local a base de Lidocaína 2% com nor-adrenalina 1:100.000 (Mepnor 1/100 DFL). Será realizada então a sindesmotomia sem levantamento de retalho e exodontia do referido elemento dentário, seguida de curetagem e toilette do alvéolo com soro fisiológico (solução salina 0,09%) e, quando indicado, instalação do implante. Será então instalada um dos modelos de placa de proteção alveolar, de acordo com a indicação para o referido caso. As placas de proteção alveolar serão removidas entre 14 e 28 dias após a cirurgia".

Objetivo da Pesquisa:

- É o objetivo do projeto a partir das informações básicas apresentadas pelos autores: "O presente trabalho tem como objetivo realizar um estudo clínico do dispositivo chamado placa de proteção alveolar para fechar o alvéolo deixado pela extração do dente, protegendo o local da entrada de

Endereço: Rua Waldemar Blotkaukas, 72

Bairro: Swift

UF: SP

Município: CAMPINAS

CEP: 13.041-545

Telefone: (19)3518-3501

E-mail: cep@slmandic.edu.br



FACULDADE SÃO LEOPOLDO
MANDIC



Continuação do Parecer: 4.202.167

restos alimentares e prevenindo possível hemorragia local, além de reter o coágulo, favorecendo a cicatrização do alvéolo”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- São os riscos inerentes ao projeto da forma como apresentados pelos autores: “Os riscos para o experimento são os mesmos relativos à exodontia e à instalação de implantes, aos quais os pacientes já estão expostos pela necessidade de realizar esses procedimentos, independente de sua participação na pesquisa e podem envolver: hemorragia leve, alveolite, infecção e perda do implante. Pode ainda envolver a deglutição ou aspiração do dispositivo no momento de sua instalação ou posteriormente”.
- São os benefícios inerentes ao projeto da forma como apresentados pelos autores: “Permitir melhor cicatrização do alvéolo, preservando sua arquitetura e as fibras circulares do ligamento periodontal após a exodontia, em caso de instalação imediata de implantes.”

Os riscos e benefício foram melhor detalhados na nova versão do projeto submetida para apreciação. Os autores modificaram o texto como recomendado.

Sugere-se que para a aplicação prática da pesquisa, os riscos sejam minimizados (ex. risco de deglutição e aspiração minimizado com o uso de amarras que prendem a barreira de proteção ao meio externo durante sua instalação).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- O projeto se apresenta como pesquisa a ser executada, na qual é testada uma ferramenta para proteção alveolar pós-cirúrgica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e adaptados após parecer inicial.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- A pesquisa não apresenta pendências adicionais.

Considerações Finais a critério do CEP:

O(A) pesquisador(a) deve atentar-se para o fato de que a proposta aprovada por este CEP se refere à documentação submetida para avaliação, ficando este CEP isento de co-responsabilidade caso o pesquisador altere a proposta originalmente aprovada sem apresentar pedido de emenda.

A decisão pelas condutas clínicas/terapêuticas descritas no Relato de Caso já concluído são responsabilidade do profissional clínico, subentendendo-se que as todas opções de tratamento foram apresentadas ao paciente.

Endereço: Rua Waldemar Blaskaukas, 72

Bairro: Swift

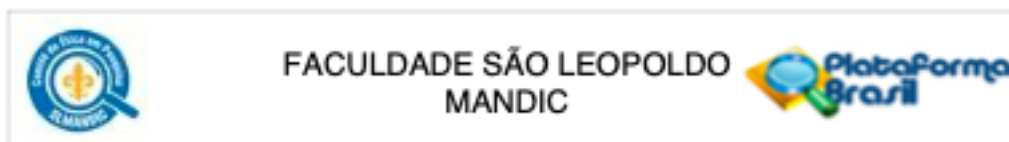
CEP: 13.041-545

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3518-3801

E-mail: cep@simandic.edu.br



Continuação do Parecer: 4.282.167

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1581675.pdf	31/08/2020 10:06:12		Aceito
Outros	Resposta_Parecer_Consubstanciado.pdf	31/08/2020 10:05:28	EDUARDO CLAUDIO LOPES DE CHAVES E	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_placas_de_protecao_Alveolar.docx	31/08/2020 10:03:46	EDUARDO CLAUDIO LOPES DE CHAVES E	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_Padrao_SLMandic.pdf	31/08/2020 10:00:32	EDUARDO CLAUDIO LOPES DE CHAVES E MELLO DIAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	23/06/2020 16:00:41	EDUARDO CLAUDIO LOPES DE CHAVES E	Aceito
Outros	Carta_de_Apresentacao_do_Pesquisador_Eduardo_Claudio_Dias.docx	22/06/2020 17:27:53	EDUARDO CLAUDIO LOPES DE CHAVES E	Aceito
Cronograma	Plano_de_Trabalho_e_Cronograma.docx	22/06/2020 17:26:31	EDUARDO CLAUDIO LOPES DE CHAVES E	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DE_INFRAESTRUTURA_NECESSARIA.pdf	22/06/2020 17:25:36	EDUARDO CLAUDIO LOPES DE CHAVES E	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim


CAMPINAS, 17 de Setembro de 2020

Assinado por:
Cecilia Pedroso Turssi
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Waldemar Blafkauskas, 72
Bairro: Swift CEP: 13.041-545
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3518-3601 E-mail: cnp@slmandic.edu.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

P. 67 _____

 **SÃO LEOPOLDO MANDIC**

TERMO DE INTERESSE DE PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO ACADÊMICO EM NÍVEL DE PÓS GRADUAÇÃO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

FINALIDADE

1. Os tratamentos realizados na Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic têm como objetivo o treinamento, aperfeiçoamento e especialização de grupos de docentes, regidos pelas normas dos Conselhos Federais e Estaduais de Odontologia e pelos programas de curso aprovados.

SUBASTRATO TRATADO

2. Tendo em consideração o interesse, conforme sendo afetado pelo Tratado (art. 1º), de acordo com a exigência de esclarecimento de tratamento.

3. Pacientes não inscritos na Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic serão atendidos em suas especialidades e não haverá participação no programa de tratamento Odontológico Acadêmico.

4. O consentido ao tratamento e, especialmente, no sentido de permitir, de permitir e autorizar sua foto, voz, imagem, assinando previamente o termo, a fim de ser utilizado para fins de pesquisa e divulgação em trabalhos científicos, acadêmicos e outros meios, dentro da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic por qualquer finalidade desde que sempre de interesse de sua saúde.

RADIOLOGIA

5. O consentido ao tratamento e, especialmente, no sentido de permitir, de permitir e autorizar sua fotografia, radiografia, exames radiológicos e imagens, por meio de utilização apenas para fins de pesquisa, divulgação em trabalhos científicos, acadêmicos e outros meios, desde que sempre de interesse de sua saúde.

ATENDIMENTOS NOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO

6. Quando sendo enviado a tratamento de curso de pós-graduação pelo Departamento de Tratamento, a sua participação em condições de trabalho deve responder satisfatoriamente aos objetivos de formação acadêmica e de aperfeiçoamento profissional de curso. A realização de curso acadêmico não garante vaga de trabalho no curso, assim como não garante o pagamento de pensão.

HORÁRIOS

7. Uma vez eleito com o vacante, de acordo com o Edital de abertura de vagas, o candidato ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia São Leopoldo Mandic deverá cumprir com o desenvolvimento e andamento dos cursos. O candidato, uma vez eleito ao tratamento, não pode ser desistido de seu compromisso em período regular de acordo com o cronograma de curso.

DESPESAS

8. Os tratamentos que implicarem em despesas com terceiros, mediante condições especiais pelo pagamento antecipado pelo candidato, antes do tratamento, de acordo com o paciente, nos valores e condições estabelecidas previamente. Não há prazo de validade e prazo que deve ser pago a título de reembolso por tais despesas, não constituindo ato em qualquer natureza, pagamento por honorários profissionais, que não seja cobrada.

FALTAS

9. A ausência de consultas médicas, a falta de apresentação de exames e documentação exigidos ou descumprimento de normas da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic e dos cursos, implicam no cancelamento imediato de matrículas, sem representação prévia ao Departamento de Curso e ao desenvolvimento do curso.

Av. Itália Gramma, 555 - Vila - São Leopoldo - RS
Fone: 51 2240-4330 www.sleopardomandic.edu.br

S.L.M. 025/74-02

10. O paciente ou responsável, no momento de assinar, que não tem justificativa por não o fazer, autoriza o tratamento das imagens em sua especialidade no item 2.

INDICAÇÃO DO TRATAMENTO

11. A indicação do tratamento em função da importância do desenvolvimento do curso de que o paciente foi objeto, do tipo de diagnóstico e do diagnóstico proposto na foto clínica do paciente, bem como a relação à carga de trabalho do especialista nacional.

DOCUMENTOS

12. A Realidade de Controle IBS Lacunas Hande não se responsabiliza por tratamentos, exames, documentação ou qualquer outro realizado ou solicitado fora de suas dependências, previamente ao tratamento, durante o mesmo e posteriormente à sua conclusão.

DIVERSOS

13. Indicar o tratamento em uma especialidade específica odontológica, não garante a continuidade do tratamento do paciente em uma especialidade.

14. A Realidade de Controle IBS Lacunas Hande não se responsabiliza por "exportação" vagas imediatas de tratamento para os pacientes que necessitam de tratamento em outras especialidades para ser encaminhado ao tratamento para o qual foi eleito. Caso o paciente necessite de atendimento multidisciplinar deverá contatar com outros profissionais da área odontológica fora da Realidade.

15. Após a finalização do tratamento para o qual o paciente foi eleito, este desde já se compromete a realizar o encaminhamento odontológico por outro profissional especializado, assim a Realidade e ao Curso, não asseguram a integridade do tratamento realizado e de sua saúde oral.

16. (paciente ou responsável legal)

Eu, (paciente ou responsável legal) RG nº _____, venho por aqui, declarar, dentro das condições de atendimento e em conformidade com o contrato com as condições de tratamento desde assinatura do evento, tendo sido informado que o tratamento será realizado dentro dos princípios éticos, científicos e das condições oferecidas de um atendimento com características pedagógicas de alta prioridade e disponibilidade dos recursos no tratamento estético, tendo visto-se de que não há emergências odontológicas, que sempre terão prioridade.

Via feita _____ de _____ de 20____.

Declaro de legítima

RG nº _____

Responsável legal

RG nº _____

Testemunhas

Nome _____

Nome _____

RG nº _____

RG nº _____

Av. Antônio Honório, 887 - Vila - Vila Velha, ES
Fone 27 3340-8222 www.aramida.edu.br

ELM-OPS-16-03