



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**PAULA MARIANY MORAIS ALEXANDRE**

**REABILITAÇÃO ORAL DE DENTE ANTERIOR ASSOCIADO A PINO DE FIBRA  
DE VIDRO: UM RELATO DE CASO**

**ARARUNA  
2019**

PAULA MARIANY MORAIS ALEXANDRE

**REABILITAÇÃO ORAL DE DENTE ANTERIOR ASSOCIADO A PINO DE FIBRA  
DE VIDRO: UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

**Área de concentração:** Prótese dentária

**Orientador:** Profa. Me. Danielle do Nascimento Barbosa

**ARARUNA  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A381r Alexandre, Paula Mariany Moraes.  
Reabilitação oral de dente anterior associado a pino de fibra de vidro: um relato de caso [manuscrito] / Paula Mariany Moraes Alexandre. - 2019.  
20 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2019.  
"Orientação : Profa. Ma. Danielle do Nascimento Barbosa, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."  
1. Estética Dentária. 2. Reabilitação bucal. 3. Dente tratado endodonticamente. I. Título

21. ed. CDD 617.634 2

PAULA MARIANY MORAIS ALEXANDRE

REABILITAÇÃO ORAL DE DENTE ANTERIOR ASSOCIADO A PÍNO DE FIBRA DE  
VIDRO: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado a Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à  
obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

Área de concentração: Prótese dentária.

Aprovada em: 13/06/2019.

**BANCA EXAMINADORA**

Danielle do Nascimento Barbosa

Profa. Me. Danielle do Nascimento Barbosa (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Amanda Lira Rufino de Lucena

Profa. Me. Amanda Lira Rufino de Lucena  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Brenna Louise B. Gondim

Profa. Me. Brenna Louise Cavalcanti Gondim  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, que tanto me cedeu oportunidades, força, saúde e paciência para chegar  
até aqui.  
À minha família e meu namorado. Saiba que sem vocês eu não estaria aqui nesse  
momento.  
A meus amigos, com quem dividi esta caminhada.

*No meio da confusão, encontre a simplicidade. A partir da discórdia, encontre a harmonia. No meio da dificuldade, reside a oportunidade.*

*Albert Einstein*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Aspecto inicial.....	12
Figura 2 – Radiografia inicial.....	12
Figura 3 – Canal radicular após preparo.....	12
Figura 4 – Prova do pino de fibra de vidro.....	13
Figura 5 – Preparo pela face vestibular.....	14
Figura 6 – Preparo pela face oclusal.....	14
Figura 7 – Radiografia final.....	14
Figura 8 – Aspecto após reabilitação.....	14
Figura 9 – Aspecto final.....	15

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DTM	Disfunção Temporomandibular
PPF	Prótese Parcial Fixa

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	11
2	RELATO DE CASO.....	12
3	DISCUSSÃO .....	15
4	CONCLUSÃO.....	16
	REFERÊNCIAS .....	16
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	19

## REABILITAÇÃO ORAL DE DENTE ANTERIOR ASSOCIADO A PINO DE FIBRA DE VIDRO: UM RELATO DE CASO

### ORAL REHABILITATION OF ANTERIOR TOOTH ASSOCIATED WITH FIBER GLASS PIN: A CASE REPORT

Paula Mariany Morais Alexandre<sup>1</sup>  
Danielle do Nascimento Barbosa<sup>2</sup>

#### RESUMO

Diante da procura pela reabilitação oral, especialmente em áreas estéticas, é necessário tomar conhecimento sobre condutas clínicas que reabilitem e devolva a harmonia do sorriso para o paciente. Nesses casos, a utilização de pino de fibra de vidro, associado a coroa protética é uma opção viável para trazer um bom resultado estético e funcional em dentes fragilizados. O objetivo desse trabalho é relatar o protocolo de reabilitação estética de um dente anterior associado a pino de fibra de vidro. O paciente J.R.S., de 18 anos, procurou a clínica integrada de Prótese e Disfunção Temporomandibular, na Universidade Estadual da Paraíba, queixando-se de insatisfação estética de seu sorriso e apresentando fratura de esmalte-dentina com mais de 50% de comprometimento da coroa dentária. Posterior à terapia endodôntica e a partir dos exames clínico e radiográfico, constatou-se a necessidade de abordagem reabilitadora, utilizando retentor intrarradicular e coroa unitária. Concluiu-se então que a recuperação do sorriso quando planejado de acordo com o caso devolve a harmonia do sorriso do paciente, assim reintegrando o paciente a vida social e também reabilitando a sua funcionalidade.

**Palavras-chave:** Estética Dentária. Reabilitação bucal. Dente tratado endodonticamente.

#### ABSTRACT

Faced with the demand for oral rehabilitation, especially in aesthetic areas, it is necessary to become aware of clinical practices that rehabilitate and restore the harmony of the smile to the patient. In these cases, the use of fiberglass pin, associated with prosthetic crown is a viable option to bring a good aesthetic and functional result in fragile teeth. The objective of this study is to report the aesthetic rehabilitation protocol of a anterior tooth associated with a fiberglass pin. The 18-year-old JRS patient searched for the Integrated Clinic of Temporomandibular Prosthesis and Dysfunction, at the State University of Paraíba, complaining of aesthetic dissatisfaction of his smile and presenting a dentin-enamel fracture with more than 50% of dental crown involvement. After the endodontic therapy and from the clinical and radiographic examinations, the need for a rehabilitation approach was verified, using intrarradicular retainer and unitary crown. It was concluded that the recovery of the smile when planned according to the case returns the harmony of the patient's smile, thus reintegrating the patient into social life and also rehabilitating its functionality.

**Keywords:** Aesthetic Dentistry. Oral rehabilitation. Endodontically treated tooth.

<sup>1</sup>Acadêmica do curso de odontologia da UEPB/CCTS

<sup>2</sup>Cirurgiã-dentista, Especialista em Prótese dentária, Mestre em Odontologia, Professora de Dentística da UEPB Campus VIII

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a preocupação com a estética do sorriso é uma das mais presentes na humanidade, o que reflete uma busca constante por harmonia, naturalidade e expressividade facial. Além de melhorar a condição bucal, há uma constante procura para restabelecer a forma e a função dos elementos dentários perdidos (ABREU; SCHNEIDER; AROSSI, 2013).

A perda de estrutura dentária devido à lesões cariosas, traumatismos dentários, procedimentos restauradores anteriores, somado ao desgaste adicional devido à procedimentos endodônticos, resulta em perda de suporte dentário. O tipo de restauração a ser confeccionada em dentes tratados endodonticamente dependerá do grau de destruição da coroa, do dente envolvido, do nível ósseo, do tipo de prótese e dos tipos de forças às quais esses dentes serão submetidos. A reabilitação de um dente com tratamento endodôntico só se conclui após a proteção do remanescente dentário, restabelecendo forma, função e estética, possibilitando que desenvolva seu papel no aparelho estomatognático sem que ocorram fraturas (RAMALHO et al., 2008). Na maior parte desses casos faz-se necessário a utilização de pinos intrarradiculares como forma adicional de estabilizar e promover retenção do material restaurador. (referenciar)

Para garantir o sucesso do retentor intrarradicular é importante que o material usado na fabricação do pino seja biocompatível, esteja em íntimo contato com a estrutura dental, tenha propriedades físicas similares a da dentina, além de agir como um amortecedor de impacto para as forças que são transmitidas para dentro da raiz, transmitindo pouco estresse ao dente remanescente (FERNANDES; SHETTY; COUTINHO, 2003).

Com desejo por restaurações estéticas pelos pacientes, os pinos de fibra de vidro foram introduzidos na odontologia restauradora como uma alternativa aos pinos metálicos com o desejo por restaurações invisíveis pelos pacientes. Os pinos de fibra de vidro ocupam o posto de eleição por apresentarem excelente estética, possibilitar a passagem de luz e assim mimetizar a cor natural da estrutura dental sadia em restaurações realizadas com compósitos e cerâmicas, principalmente em dentes anteriores (BISPO, 2008; FERREIRA et al., 2011; PERDIGÃO; GOMES; LEE, 2006). Possuem propriedades físicas semelhantes à dentina, além de vantagens, como: baixo custo, praticidade, biocompatibilidade, técnica conservadora, adesão e permitem uma melhor distribuição de cargas ao longo do canal radicular (DINATO; FORTUNA; MENIN, 2000).

Diante do aumento das ocorrências envolvendo fraturas coronárias e radiculares, é importante relatar procedimentos reabilitadores desse tipo, como forma de solução para devolver ao paciente a estética e função. O objetivo deste trabalho foi relatar a reabilitação estético-funcional anterior de um incisivo lateral superior esquerdo associado a pino de fibra de vidro.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente J.R.S., de 18 anos, sexo masculino, apresentou-se na Clínica integrada de Prótese e DTM, na Universidade Estadual da Paraíba, queixando-se de insatisfação estética de seu sorriso, apresentando fratura de esmalte-dentina com mais de 50% de comprometimento da coroa dentária (Figura 01). Posterior a terapia endodôntica e a partir dos exames clínico e radiográfico, planejou-se a cimentação do pino de fibra de vidro com cimento resinoso dual e reconstrução com resina composta para confecção do preparo protético.



**Figura 01:** Aspecto inicial

A princípio, realizou-se uma radiografia periapical (figura 02) para observar a qualidade do tratamento endodôntico, bem como o comprimento ideal para colocar o pino que é de  $2/3$  do comprimento da raiz, deixando-se um remanescente endodôntico de 4 mm e a dimensão do canal deve ser em média  $1/3$  do diâmetro da raiz. Com a radiografia foi selecionado o pino de fibra de vidro (White Post DC®, 0.5, FGM, Joinville, SC, Brasil). O preparo do canal foi realizado com instrumentos rotatórios, inicialmente com limas gattes (03, 02 e 01), por fim com a broca fornecida pelo fabricante, referente ao diâmetro do pino selecionado (figura 03).



**Figura 02:** Radiografia inicial.



**Figura 03:** Canal radicular após preparo

Realizada a desinfecção do pino com álcool 70 e gaze estéril, provou-se o retentor no interior do canal (figura 04) que foi selecionado com a radiografia inicial e o kit fornecido pelo fabricante. Em seguida foi realizada a limpeza do canal com solução de hipoclorito de sódio a 1%, que foi seco com cones de papel absorvente. Aplicou-se ácido fosfórico 37% (Condac 37; FGM, Joinville, SC), 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina. Em seguida, lavou-se e secou-se com cones de papel absorvente.



**Figura 04:** Prova do pino de fibra de vidro.

Posteriormente o pino foi condicionado com Silano, agente de união (Prosil, FGM, Joinville, SC, Brasil). Para o fabricante, a composição do agente, promove uma reação química em que aumenta a eficácia de união adesiva entre o pino e o cimento resinoso de até 30%. O Sistema adesivo (Ambar® FGM, Joinville, SC, Brasil) foi aplicado no interior do canal e no pino com microbrush e não houve fotopolimerização, sendo realizada somente quando foi inserido o retentor no canal com o cimento resinoso.

Em seguida o cimento resinoso dual (RelyX™ U200, 3M, Sumaré, SP) foi inserido no canal radicular com o pino de fibra de vidro perfeitamente adaptado. Posteriormente, foi realizada a fotopolimerização do conjunto por 60 segundos. E então foi cortado o pino de fibra de vidro deixando a quantidade de remanescente ideal para confecção do preparo protético.

Após o término da cimentação, foram preparados os núcleos de preenchimento aproveitando o próprio cimento resinoso, bem como utilizando resina composta (Opallis DA3; FGM, Joinville, SC). Em seguida, foi realizado o preparo para receber a coroa provisória (figuras 05 e 06). Para confecção da coroa foi utilizada a técnica do dente de estoque (Blue dent®, Pirassununga, SP) e resina acrílica. A mesma foi cimentada com Cimento de Hidróxido de Cálcio (Dycal®, Dentsply, Pirassununga, SP).

Para confecção do preparo foram utilizadas as brocas (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil): 3203, 3118, 4138, 4138F. O rompimento dos pontos de contatos foi realizado com a broca 3203, bem como a delimitação do término cervical com a 4138 seguindo a angulação necessária para promover os princípios mecânicos exigidos no preparo protético. Com a broca pêra 3118 foi realizada a concavidade palatina respeitando a anatomia do cíngulo. Por fim, o acabamento e polimento com a broca 4138F e disco de lixa (sof-lex®, 3M, Sumaré, SP) de granulação fina.

Após 7 dias, o paciente retornou e foi realizada uma radiografia para avaliar o pino em posição (figura 07). Além disso, o preparo protético foi refinado, ao mesmo tempo houve a limpeza da coroa provisória, retirando todo o cimento remanescente. Realizou-se reembasamento da peça e como o paciente passaria muito tempo para confecção da coroa final, optou-se por cimentar a coroa provisória com material ideal para cimentação temporária (provicol®, VOCO, Cuxhaven, Alemanha).



**Figura 05** : Preparo pela face vestibular.



**Figura 06**: Preparo pela face oclusal.



**Figura 07**: Radiografia final.



**Figura 08**: Aspecto após reabilitação provisória.

Para cimentação da peça definitiva, coroa cerâmica reforçada por dissilicato de lítio (IPS e.max CAD, Ivoclar-Vivadent), foi utilizado o cimento resinoso RelyX U200 da 3M. Primeiramente foi realizado o condicionamento da peça com ácido fluorídrico 5% (Condac Porcelana; FGM), por 45 segundos, lavagem abundante por 30 segundos e secagem com jato de ar. Para limpeza da superfície do preparo foi utilizado ácido fosfórico 37%. Em seguida, aplicou-se o silano na peça condicionada e esperou sua volatilização. Posteriormente, foi aplicado um adesivo de esmalte nas superfícies tratadas e fotoativado pelo tempo recomendado pelo fabricante. Por fim, a coroa foi preenchida com o cimento resinoso e posicionada no preparo. Por último, foram retirados os excessos de cimento.



**Figura 09:** Aspecto final.

### 3 DISCUSSÃO

Usualmente, dentes que passaram por tratamento endodôntico são restaurados com a combinação de retentores intrarradiculares e coroas unitárias. Para bons resultados clínicos, é indispensável selecionar corretamente a opção de pino mais adequada para cada caso individualmente. Deve ser levado em consideração a melhor opção estética, mecânica e compatibilidade biológica (CLAVIJO et al., 2008).

A seleção correta do pino intrarradicular é determinante para o sucesso do procedimento restaurador. Nesta escolha devem ser considerados fatores relacionados tanto ao elemento que será restaurado como: posição de dente no arco, remanescente dentário, configuração e diâmetro do canal; quanto às características dos pinos como: comprimento, diâmetro, formato, configuração superficial e material (ALBUQUERQUE; VASCONCELOS; PEREIRA, 2003).

Os núcleos metálicos fundidos foram durante muitos anos às únicas opções de tratamento como formas de restabelecer as estruturas dentais perdidas devido o tratamento endodôntico (ALBUQUERQUE et al, 1999). Entretanto, esses pinos têm como desvantagens: falta de retenção do agente cimentante, possibilidade de corrosão, elevada transmissão de estresse à estrutura dental que pode levar à fratura de raiz, dificuldade de remoção se necessário, longo tempo de trabalho, custos laboratoriais e alto módulo de elasticidade (FREEDMAN, 1996; SIRIMAI; RIIS; MORGANO, 1999). Os núcleos metálicos fundidos podem gerar um efeito de cunha acarretando fraturas radiculares extensas, podendo condenar o dente à extração. (HEYDECKE; BUTZ; STRUB, 2001)

Nos casos em que o pino é utilizado com intuito de reforçar estruturas fragilizadas é importante estabelecer uma adequada união entre ele e a raiz com o objetivo de formar um corpo único e também provocar um vedamento total do canal. Dentre os agentes de fixação disponíveis no mercado, os resinosos são os que apresentam melhores resultados quanto à fixação de pinos intrarradiculares, ao vedamento e ao reforço de raízes debilitadas (FARIA et al., 2011).

Diferentemente do núcleo metálico fundido, cuja retenção se dá por embricamento mecânico, a cimentação adesiva dos pinos de fibra de vidro ocorre através da união de componentes do cimento resinoso com as paredes dentinárias, assegurando uma retenção eficaz, mesmo quando utilizados pinos mais curtos. Uma vez que os pinos de fibra de vidro possuem bom comportamento biomecânico, como resultado do seu modo de elasticidade semelhante ao da dentina, as falhas no tratamento podem ocorrer principalmente por problemas de cimentação do que por fraturas radiculares, como ocorre nos pinos metálicos. Desta maneira, o formato do pino e, conseqüentemente a espessura do cimento, podem modificar a efetividade da retenção (BRU et al., 2013).

Adicionalmente esses pinos de fibra de vidro proporcionam uma estética favorável, o que é de suma relevância na Odontologia restauradora. Em caso de necessidade de retratamento endodôntico, são fáceis de serem removidos, resistentes à corrosão, e permitem um preparo mais conservador do dente (CARA; CAPP; TACHIBANA; CASTANHO; BARROS, 2007; GOMES; GOMES; REIS; GOMES; LOGUERCIO; CALIXTO, 2013). A utilização destes retentores dispensa fases laboratoriais, economizando custos e tempo clínico do cirurgião-dentista. A ausência de radiopacidade de alguns pinos de fibra de vidro é um fator desfavorável para sua utilização (THEODOSOPOULOU e CHOCHLIDAKIS, 2009).

A confecção de restaurações provisórias é considerada um passo essencial no tratamento protético dos pacientes parcialmente desdentados. Os dentes preparados para prótese parcial fixa (PPF) geralmente requerem uma restauração provisória durante a fase de confecção laboratorial do trabalho definitivo e que 89,28% dos pacientes quando questionados em seu trabalho sobre a prótese provisória relataram que as PPFs provisórias possibilitaram prever o resultado final do tratamento o que significa que são uma importante ferramenta diagnóstica no tratamento reabilitador com PPF (SANTOS-NETO e ZAVANELLI, 2017).

#### **4 CONCLUSÃO**

A procura por tratamentos menos invasivos e estéticos tem aumentado, e isso estimula os profissionais a utilizar retentores intrarradiculares direto em dentes com tratamento endodôntico com destruição severa. Suas inúmeras vantagens têm apresentado bons resultados biomecânicos, bem como estéticos bastante satisfatórios. A recuperação do sorriso quando planejado de acordo com o caso devolve a harmonia do sorriso do paciente, assim reintegrando o paciente a vida social e também reabilitando a sua funcionalidade.

#### **REFERÊNCIAS**

ABREU, R.; SCHNEIDER, M.; AROSSI, G. A. Reconstrução anterior em resina composta associado a pino de fibra de vidro: relato de caso. Rev. Bras. Odontol. 2013; 70 (2): 156-9.

ALBUQUERQUE, et al. Análise de tensões em um incisivo central superior reconstruído com diferentes pinos intrarradiculares. Cobem 99. 1999; 6 (2): 12-9. Disponível em: <http://www.abcm.org.br/anais/cobem/1999/pdf/AACEAA.pdf>. Acesso em 11 de junho 2019.

ALBUQUERQUE, R. C.; VASCONCELOS, W. A.; PEREIRA, A. L. M. S. Pinos prefabricados intra-radulares: sistemas e técnicas. Anais do 15º Conclave Odontológico Internacional de Campinas. 2003; 104.

BISPO, L. B. Reconstrução de dentes tratados endodenticamente: retentores intrarradulares. RGO. 2008; 56 (1): 81-84.

BRU, E. et al. Fibre post behaviour prediction factors: a review of the literature. J Clin Exp Dent. 2013 Jul; 5 (3): 150-3.

CARA, A. A. et al. Resistência à flexão de pinos de fibra de carbono e de fibra de vidro. Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2007; 14 (2): 13-20.

CLAVIJO, V. G. R. et al. Reabilitação de dentes tratados endodenticamente com pinos anatômicos indiretos de fibra de vidro. Rev Dental Press Estét. 2008; 5 (2): 31-49.

DINATO, J.C.; FORTUNA, C.R.; MENIN, M. L. F. Restauração de dentes tratados endodenticamente com pinos pré-fabricados. In: Atualização na Clínica Odontológica. 2000; 2 (1): 409- 442. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Espodonto206090.PDF>. Acesso em 05 de junho de 2019.

FARIA, A. C. L. et al. Endodontically treated teeth: Characteristics and considerations to restore them. JPR. 2011; 55: 69–74.

FERNANDES, A. S.; SHETTY, S.; COUTINHO, I. Factors determining post selection: A literature review. J Prosthet Dent. 2003; 90: 556-62.

FERREIRA, R. et al. Avaliação da influência do tratamento endodôntico na resistência de união de pinos de fibra reforçados por um compósito restaurador. RSBO. 2011; 8 (2): 174-181.

FREEDMAN, G. The carbon fiber post: Metal-free, post-endodontic rehabilitation. Oral Health. 1996; 86 (2): 23-30.

GOMES, G. et al. Effect of operator experience on the outcome of fiber post cementation with different resin cements. Oper Dent. 2013; 38 (5): 555-64.

HEYDECKE, G.; BUTZ, F.; STRUB, J. R. Fracture strength and survival rate of endodontically treated maxillary incisors with approximal cavities after restoration with different post and core systems: an in-vitro study. J Dent. 2001; 29 (6): 427-33.

PERDIGÃO, J.; GOMES, G.; LEE, I. The effect of silane on the bond strengths of fiber posts. Dent Mater. 2006; 22: 752-758.

RAMALHO, A. C. D. et al. Estudo comparativo da resistência radicular à fratura em função do comprimento e da composição do pino. RFO. 2008; 13 (3): 42-46.

SANTOS-NETO, O. M.; ZAVANELLI, A. C. Percepções dos pacientes reabilitados com prótese parcial fixa quanto à fase de restauração provisória. Arch Health Invest. 2017;6.

SIRIMAI, S.; RIIS, D. N.; MORGANO, S. M. An in vitro study of the fracture resistance and the incidence of vertical root fracture of pulpless teeth restored with six post-and-core systems. J. Prosth. Dent. 1999; 81 (3): 262-9.

THEODOSOPOULOU, J. N.; CHOCHLIDAKIS, K. M. A systematic review of dowel (post) and core materials and systems. J Prosthodont. 2009; 18 (6): 464-72.

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

 

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CLÍNICA-ESCOLA DE ODONTOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização dos exames necessários ao diagnóstico e tratamento das patologias bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e os exames realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, concedo o direito da utilização do meu histórico de antecedentes familiar e pessoal, bem como da retenção e do uso de radiografias, fotografias e resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de quaisquer outros documentos e informações contidas nesta ficha clínica, referentes inclusive ao meu estado de saúde bucal e sistêmico, para fins de ensino e divulgação científica (dentro das normas vigentes).

Declaro, ainda, que concordo com a não finalização do meu tratamento e subsequente substituição da minha pessoa, enquanto paciente, por outro indivíduo, que se encontra na lista de espera para atendimento, mediante a ocorrência de duas faltas, consecutivas ou não, sem justificativa e aviso prévio.

Araruna, 28 de Fevereiro de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

RG: \_\_\_\_\_

**Digital**

Av. Coronel Pedro Targino s/n, Araruna-PB, CEP: 58233-000  
Tel. (83) 3373-1040 / (83) 3373-1415

## AGRADECIMENTOS

A Deus, meu infinito agradecimento por ter me cedido oportunidades, força, saúde e paciência para chegar até aqui e por tantas bênçãos sobre mim, minha família e os meus. A Nossa Senhora, que nunca deixou de olhar e interceder por mim em todos os momentos.

À minha família: Aparecida, Paulo e Vinícios. Pelo amor, cuidados e empenho. Saiba que sem vocês eu não estaria aqui nesse momento. Vocês são a luz da minha vida.  
Amo vocês!

A meu namorado Jeferson e sua família, pelo amor, apoio e paciência. Você foi calmaria nos meus dias ruins e meu exemplar de companheirismo. Amo você!

A meus avós maternos (vovó Raimundinha, *in memorian*) e paternos por gerarem os grandes amores da minha vida. E meu tios e primos. Amo vocês!

A meus padrinhos Merico (*in memorian*) e Ivani (*in memorian*).

A minha “família” de Araruna e grandes amigos, Renata, Vanessa, Sara, Francisco Alisson, Matheus, Wagner, Caio, Daniel, Leonardo, Manoel, que dividiram comigo alegrias e tristezas. Vocês foram fundamentais para que eu vencesse essa etapa.

A minha dupla de clinica e de amizade, Renata. Você foi meu exemplo de honestidade e humanidade.

Vanessa, juntamente com Renata, com quem dividi o teto durante esses anos. Levarei os nossos melhores momentos comigo, para aliviar os dias de saudades que virão.

A minha turma, nomeada “Maria Helena Antonino de Almeida”. Desejo sucesso a todos os meus colegas.

A UEPB e todos os professores, pacientes e funcionários que contribuíram com valiosos conhecimentos que levarei para toda a minha vida, em especial, minha orientadora Danielle do Nascimento Barbosa que esteve sempre disponível para me auxiliar no desenvolvimento desse trabalho e me tratou com muita paciência.

A família de José Araújo, que tanto me apoiou nessa jornada.

Aos amigos que me acolheram no período do meu estagio em Bananeiras, Graça Benício e Elton Frazão.

A minha prima Patrícia e seu esposo Bertulino que me acolheram no período do meu estágio em Campina Grande.

A minha madrinha Gracilene e minhas amigas Patrícia e Grazielle. Vocês foram fundamentais para eu chegar até aqui.

A meus vizinhos que tanto amo, de uma forma especial, na pessoa de Gerlândia (*in memorian*) que sempre torceu pela minha felicidade.

A Nadete e seu esposo Chico, Luiz Carlos e Fernanda, grandes amigos de vida.

A todos que me colocaram em suas orações e a todos os meus amigos que de bom grado contribuíram para que eu chegasse até aqui.

GRATIDÃO!