

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LEONARDO HENRIQUE FADEL

RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA UTILIZANDO OSSO  
AUTÓGENO PARA REABILITAÇÃO COM IMPLANTES

CURITIBA

2020

LEONARDO HENRIQUE FADEL

RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA UTILIZANDO OSSO  
AUTÓGENO PARA REABILITAÇÃO COM IMPLANTES

Monografia apresentada como requisito parcial  
para conclusão do Curso de Especialização em  
Implantodontia, Setor de Ciências da Saúde,  
Departamento de Estomatologia da  
Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Leandro Eduardo Klüppel.

CURITIBA  
2020

LEONARDO HENRIQUE FADEL

RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA UTILIZANDO OSSO  
AUTÓGENO PARA REABILITAÇÃO COM IMPLANTES

Monografia aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista,  
Curso de Especialização em Implantodontia, Setor de Ciências da Saúde,  
Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná, pela seguinte  
banca examinadora:

---

Prof. Dra. Juliana Saab Rahal

Orientadora – Curso de especialização de Implantodontia – UFPR

---

Prof. Dr. Leandro Eduardo Klüppel

---

Prof. Dr. Humberto Osvaldo Schwartz Filho

---

Prof. Dr. José Mauricio Perussolo

CURITIBA

2020

Dedico este trabalho ao meu herói, que muitas vezes renunciou seus sonhos para que eu realizasse os meus, que se sacrifica sem pensar na dor, que enche minha vida de alegria e esperança e que me ensinou a viver com dignidade, a nunca desistir e ter perseverança. Ao meu pai, Randal Calil Fadel Neto.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr.º Leandro Eduardo Klüppel, pelos conhecimentos passados, conselhos e ajuda irrestrita neste trabalho.

Aos meus pais, por estarem sempre ao meu lado me apoiando, me guiando, por acreditar no meu potencial, me fortalecer e me incentivar a sempre fazer o meu melhor.

A minha namorada, pelo tempo, companhia, ajuda e principalmente paciência durante esse período.

Aos meus professores, pelo ensino, conselhos e pela amizade durante toda jornada.

E a todos que fizeram parte da minha jornada acadêmica.

“Vamos estudar e enfrentar os desafios  
porque uma vida sem desafios não  
vale a pena ser vivida”.

Sócrates

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo apresentar um caso clínico de reconstrução de maxila atrófica utilizando enxerto ósseo autógeno para reabilitação com implantes. A perda óssea tem sido um agravo para instalação de implantes, com o intuito de se realizar um tratamento antes impossibilitado pela ausência de espessura ou altura óssea, enxertos ósseos são realizados. Foi realizado o enxerto ósseo autógeno utilizando osso doador da região de linha oblíqua e fixada na região anterior de maxila, após 8 meses foi feita a reabertura e instalação dos implantes, conforme o planejamento. Pode-se concluir que a reconstrução da maxila atrófica utilizando enxerto ósseo autógeno obteve um excelente resultado, pois, foi possível aumentar significativamente em espessura e altura a região receptora, além de fornecer densidade óssea suficiente para obter-se torques excelentes na instalação dos implantes, com segurança e baixo custo.

Palavras-chave: Reconstrução óssea. Enxerto ósseo. Implantes dentários.

## **ABSTRACT**

The present study aims to present a clinical case of atrophic maxilla reconstruction using autogenous bone graft for implant rehabilitation. Bone loss has been an aggravation for the installation of implants, in order to perform a treatment that was previously impossible due to the absence of bone thickness or height, bone grafts are performed. Autogenous bone graft was performed using donor bone from the region of the oblique line and fixed in the anterior region of the maxilla. After 8 months, the implants were reopened and installed, as planned. It can be concluded that the reconstruction of the atrophic maxilla using an autogenous bone graft obtained an excellent result, since it was possible to significantly increase the thickness and height of the recipient region, in addition to providing sufficient bone density to obtain excellent torques in the installation of the implants, safely and at low cost.

Key-words: Bone reconstruction. Bone graft. Dental implantation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - TOMOGRAFIA INICIAL - IMAGEM PANORÂMICA DA MAXILA – ÁREA RECEPTORA .....	16
FIGURA 2 - CORTES TOMOGRÁFICOS DA MAXILA - ÁREA RECEPTORA.	17
FIGURA 3 - IMAGEM PANORÂMICA DA MANDÍBULA - ÁREA DOADORA ..	17
FIGURA 4 - CORTE TOMOGRÁFICO DA MANDÍBULA - ÁREA DOADORA .	18
FIGURA 5 - REGIÃO RECEPTORA – VESTIBULAR .....	19
FIGURA 6 - REGIÃO RECEPTORA – PALATINA .....	19
FIGURA 7 – ÁREA DOADORA .....	19
FIGURA 8 – REGIÃO RECEPTORA, COM A MEMBRANA COBRINDO O ENXERTO ÓSSEO .....	20
FIGURA 9 - TOMOGRAFIA APÓS 6 MESES A CIRURGIA .....	21
FIGURA 10 – IMPLANTES INSTALADOS SEM O PARAFUSO DE COBERTURA .....	22
FIGURA 11 – IMPLANTES INSTALADOS COM O PARAFUSO DE COBERTURA .....	22

## LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

% –Porcentagem;

® – Marca Registrada;

mm – Milímetros;

N.m – Newton-metro;

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
<b>3. CASO CLÍNICO .....</b>	<b>16</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO 1 – TERMO DE ACEITAÇÃO E RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO DO TRATAMENTO – UFPR .....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A ausência dentária, seja ela por extração ou por doença periodontal, diminui consideravelmente a quantidade óssea disponível, dificultando ou até mesmo impossibilitando a instalação de implantes. Nestes casos, é necessário utilizar enxertos ósseos.

O Enxerto ósseo se caracteriza pela retirada de material ósseo da região doadora, para ser transplantada para região receptora, podendo ser no próprio indivíduo, entre indivíduos de mesma espécie ou até mesmo entre espécies diferentes, com o intuito de devolver anatomia óssea perdida ou inexistente, de forma segura, com menor desconforto pós-operatório e com baixo risco (Borges 2014).

Existem diversos tipos de enxertos, sendo eles, autógeno, homogêneo, heterogêneo e sintético. O material de enxerto ósseo ideal deve fornecer uma quantidade satisfatória sem prejudicar a área doadora, não apresentar resposta imunológica, poder de revascularização rápida, promover a osteogênese e osteocondução e ser substituído por osso em quantidade e qualidade semelhante ao do hospedeiro (Fardin A 2010).

Visto que não existe o material de enxertia ideal, o tipo autógeno é considerado o padrão ouro (“*Gold Standard*”), onde é retirado do próprio paciente. Devido a isso, possui baixo risco de infecção, baixa taxa de rejeição e é o único a fornecer células ósseas vivas imunocompatíveis, essenciais a fase I da osteogênese, que é responsável pela proliferação das células ósseas, devido a isso quanto mais células vivas, maior será a formação óssea (Pinto 2007). O enxerto autógeno pode ser retirado de várias regiões do paciente, podendo ser Intra bucal ou extra bucal. Intra bucal pode ser retirado do mento, retro molar, linha oblíqua externa, ramo de mandíbula e em alguns casos tórus palatino, já em região extra bucal pode-se recorrer a calota craniana, e osso Ilíaco. (Borges 2014). O osso autógeno pode ser utilizado para reconstrução tanto de área anterior quanto em área posterior, devido a possibilidade de ser particulado, pode-se utiliza-lo para preenchimento de seio maxilares e alvéolos se necessário.

Contudo, existem também o enxerto ósseo homogêneo, que é removido de indivíduos diferentes de uma mesma espécie, normalmente tem sua origem de banco de ossos, e o enxerto ósseo heterogêneo, onde são retirados de outras espécies (bovinos). Ambos não possuem células vivas, porém podem apresentar características osteoindutoras e osteocondutoras na sua integração, além de não ser necessária mais uma incisão para remoção do material doador, diminuindo o tempo cirúrgico e conseqüentemente um melhor pós-operatório. Existem também enxertos ósseos sintéticos, em que são feitos em laboratório, onde podem ter como base a hidroxiapatita, vidro bioativo e o polietileno, ambos possuem biocompatibilidade e a vantagem pela praticidade de manuseio e introdução (Fardin 2010).

Diante disso, a partir de um relato de caso clínico pode-se verificar a qualidade e eficácia do enxerto ósseo autógeno para posterior reabilitação com implantes.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Cortez 2004, em seu estudo realizou uma reconstrução de maxila atrófica utilizando osso autógeno particulado associado a osso bovino granulado e malha de titânio para manter em posição. Apesar da pequena exposição da malha de titânio por deiscência do tecido gengival se mostrou uma alternativa para reconstrução óssea, onde deve-se apenas ter um acompanhamento mais rigoroso com o paciente, para não ocorrer a perda do enxerto.

No estudo de Gassen 2008, foi realizada uma reconstrução de maxila atrófica utilizando enxerto autógeno retirado ramo mandibular, com isso, obteve-se a altura e espessura desejada para realizar a instalação dos implantes após 6 meses, mostrando ser uma excelente técnica cirúrgica, fornecendo qualidade e quantidade de tecido ósseo, preferencialmente quando o osso doador seja retirado da região intrabucal.

No trabalho realizado por Junior 2016, foi feito o enxerto em bloco autógeno em região anterior de maxila, onde obteve-se altura e espessuras suficientes para reabilitação com implantes utilizando cirurgia guiada após 5 meses da primeira cirurgia, mostrando-se uma técnica eficaz e segura para ganho de tecido ósseo.

Matocano 2004, em seu estudo 39 pacientes foram submetidos a cirurgia de enxerto ósseo autógeno na maxila, tendo como área doadora a região Retromolar. O estudo teve como intuito medir a altura espessura da região receptora antes e após a cirurgia para verificar a quantidade óssea reabsorvida. Os resultados foram de uma média de apenas 5% do osso enxertado foi reabsorvido e em todos os casos ocorreu uma perfeita osteointegração do enxerto a área receptora, comprovando que o enxerto ósseo autógeno é uma excelente técnica cirúrgica para reconstrução de regiões ósseas perdidas.

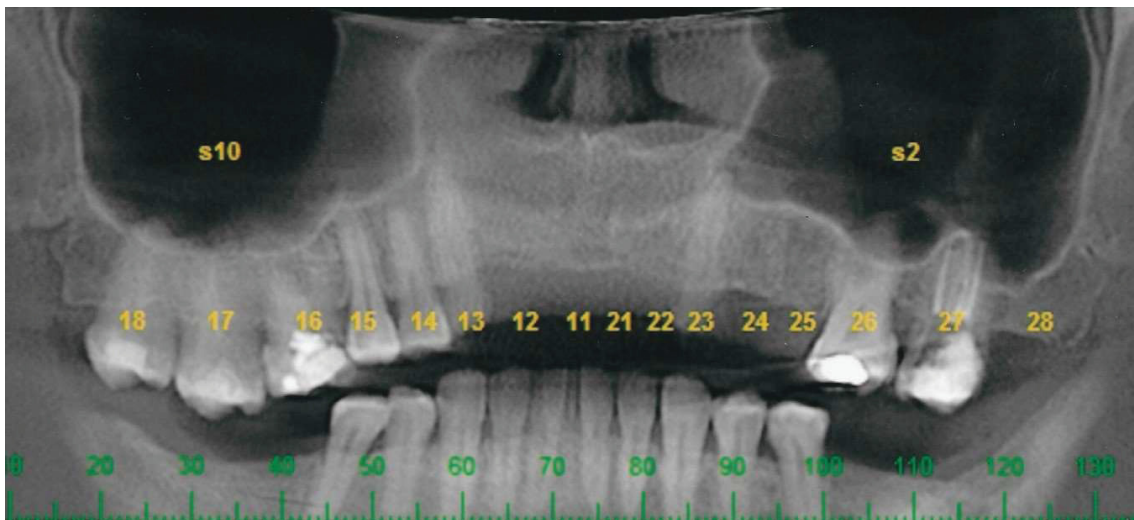
No estudo realizado por Souza 2014, foi feita uma reconstrução óssea da crista óssea alveolar utilizando enxerto ósseo autógeno retirado da região do queixo. Passados 6 meses foi realizada a reabertura para instalação do implante e acompanhamento por mais 6 meses. O estudo mostrou que a

técnica cirúrgica apresentada é eficaz e segura para ganho ósseo destinado a instalação de implantes.

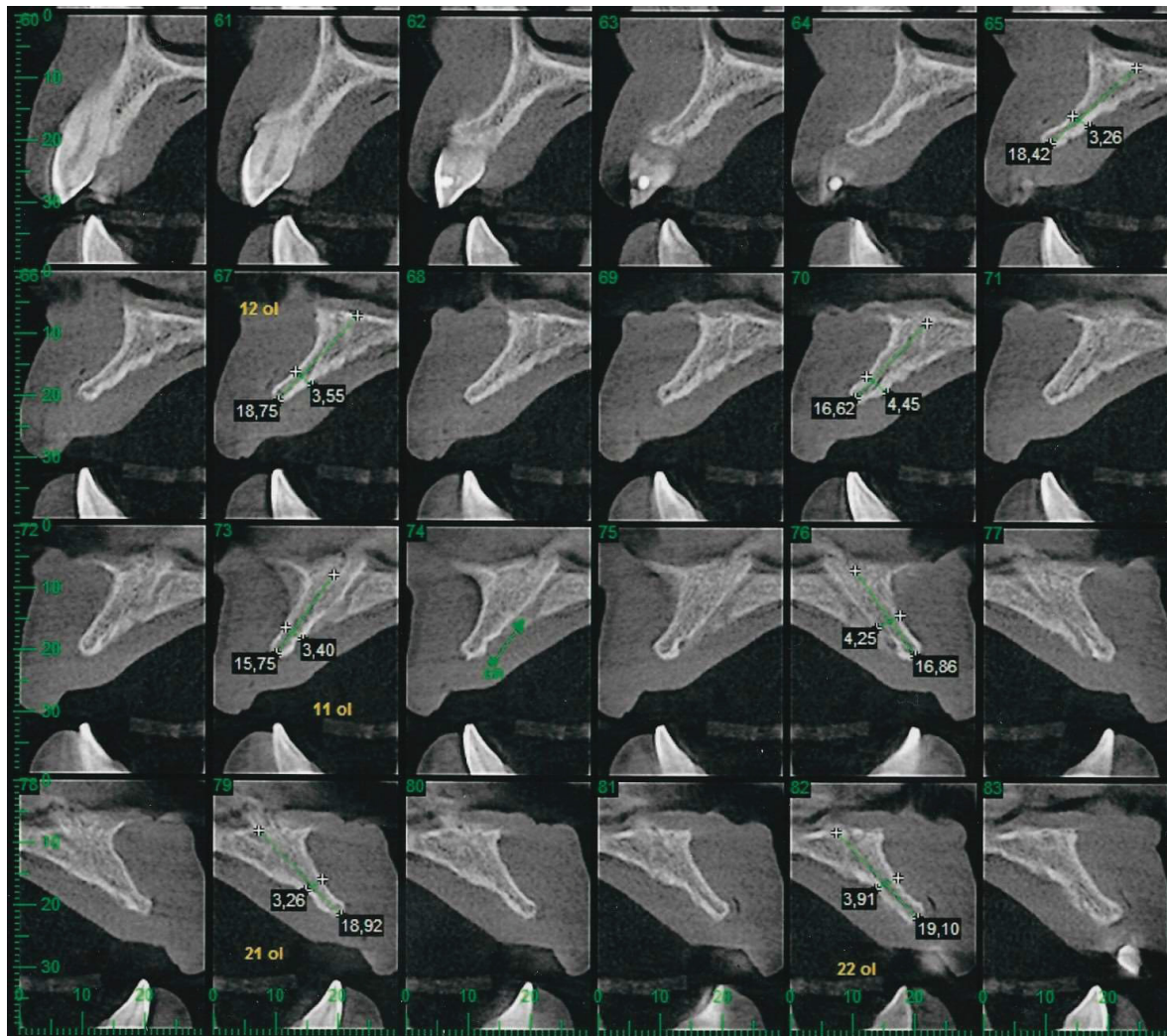
### 3 CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 41 anos de idade, procurou atendimento na área de implantodontia da Universidade Federal do Paraná com queixa de insatisfação por uso de prótese parcial removível em região anterior de maxila. Relatou a perda dos dentes anteriores aos 19 anos. Realizado o exame físico constatou-se a ausência dos dentes mencionados, com uma espessura significativa de gengiva, devido ao uso de prótese parcial removível.

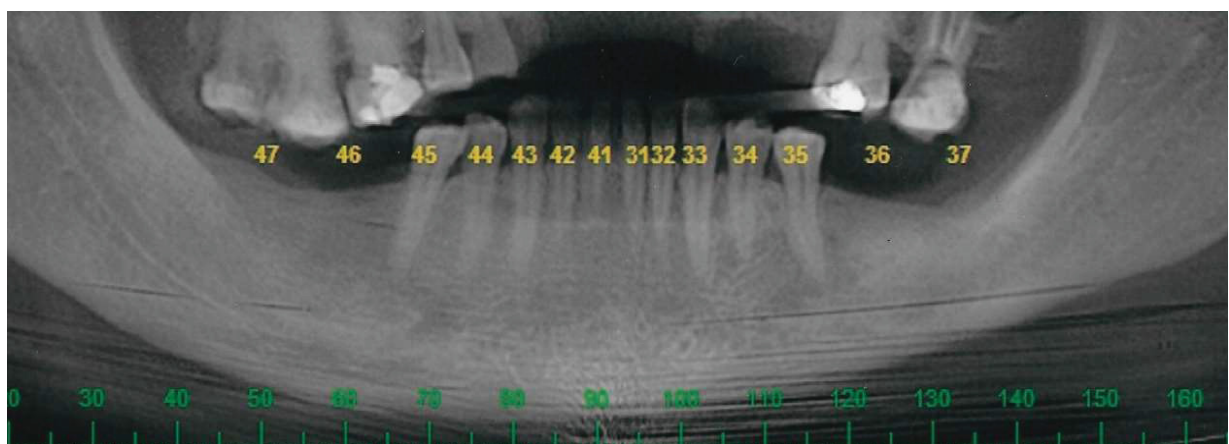
Foi solicitada uma tomografia total de maxila (Fig. 1 e 2), com intuito de verificar a altura e espessura óssea. Com a tomografia foi confirmada a perda óssea significativa de espessura, onde não seria possível a reabilitação com implantes. A partir disto, foi realizado o planejamento da reconstrução óssea utilizando osso autógeno doado da área da linha oblíqua externa da mandíbula. Para ter-se um melhor prognostico foi solicitado também tomografia da região doadora (Fig. 3 e 4)



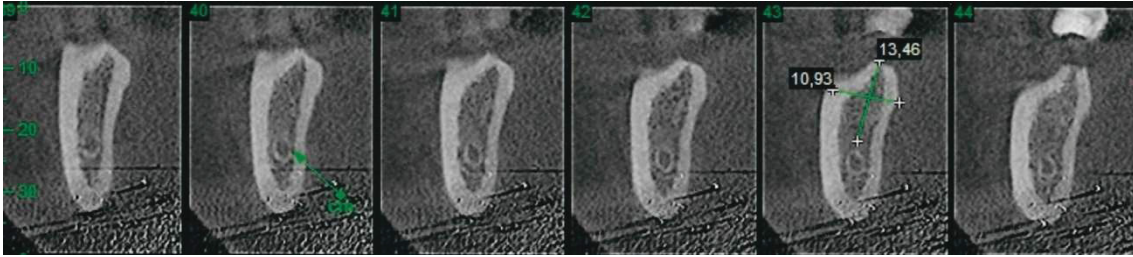
(Figura 1 - Tomografia Inicial – Imagem Panorâmica da Maxila – Área Receptora)



(Figura 2 - Cortes Tomográficas da Maxila – Área Receptora)



(Figura 3 - Imagem Panorâmica da Mandíbula – Área Doadora)



(Figura 4 - Corte Tomográfico da Mandíbula – Área Doadora)

Feito o planejamento, pode-se dar início ao procedimento cirúrgico. Foi utilizado para anestesia infiltrativa local da área receptora 2 tubetes (Articaina 4% - Epinefrina 1:100.000), foi realizada a incisão no rebordo alveolar, de canino a canino, voltada mais para palatina, com duas incisões relaxantes, posicionada na distal dos caninos, com intuito de diminuir a deiscência e a compressão do tecido sobre o enxerto.. Em seguida foi realizado o descolamento do retalho mucoperiostal.

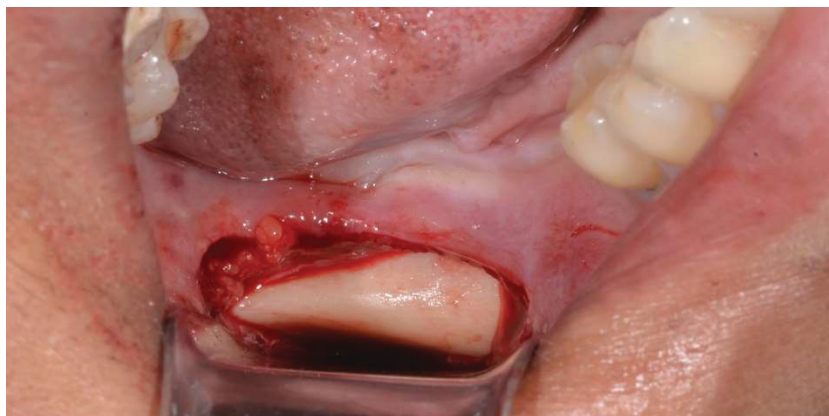
Após a avaliação da região receptora (Fig. 5 e 6), deu-se início a remoção do osso doador, foi realizada anestesia alveolar inferior utilizando 2 tubetes (Articaina 4% - Epinefrina 1:100.000), seguida da incisão sobre a linha oblíqua externa da mandíbula, próximo ao ângulo da mandíbula, com uma incisão relaxante mesial, foi realizado o descolamento do retalho mucoperiostal (Fig. 7). Utilizando-se brocas esféricas para peça de mão reta, foi realizado primeiramente as marcações como referência, feito isso, foi realizado o corte somente da cortical, posteriormente, utilizando-se um cinzel foi fraturado o osso medular que ainda o segurava em posição. Foi feita a hemostasia e sutura da área doadora com fio nylon 4-0.



(Figura 5 - Região Receptora – Vestibular)



(Figura 6 - Região Receptora – Palatina)



(Figura 7 – Área Doadora)

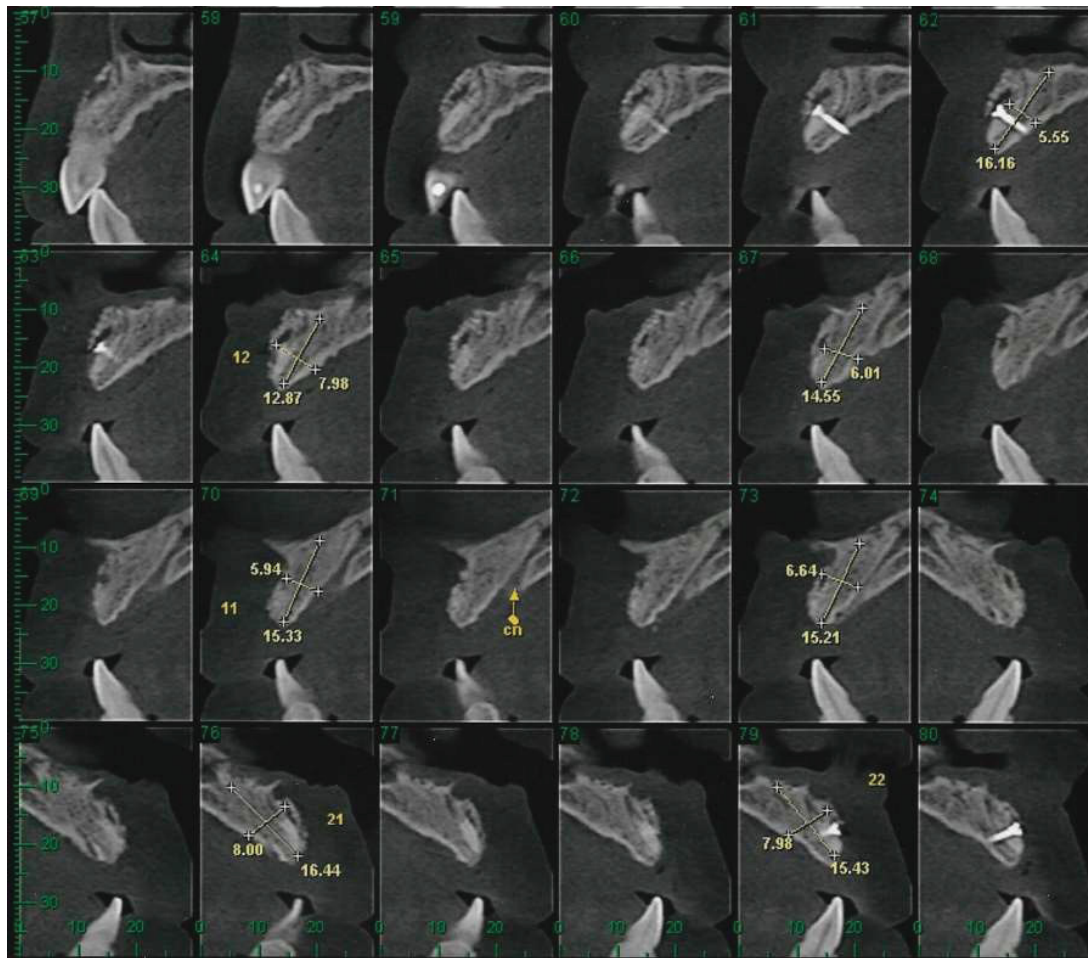
Para melhores resultados adequou-se o osso doador ao formato da área receptora. Posicionado, o enxerto foi parafusado utilizando parafusos específicos para o caso e nas áreas ao redor foi preenchido com um substituto ósseo (Geistlich Bio-Oss®). Optou-se por posicionar uma membrana dupla face de colágeno nativo (Geistlich Bio-G®) sobre o enxerto com intuito de proteger o enxerto até a reabertura para introdução dos implantes conforme planejado (Fig. 8).



(Figura 8 – Região receptora, com a membrana cobrindo o enxerto ósseo)

Como medicação pós-operatória foi receitado Clavulin BD (amoxicilina + clavulanato de potássio) 875mg duas vezes ao dia, Ibuprofeno 600mg três vezes ao dia e caso houve-se dor Paracetamol 750mg três vezes ao dia.

Aproximadamente 08 meses após a cirurgia foi realizada uma tomografia para analisar a espessura ganha com o procedimento (Fig. 9). Pode-se observar um ganho de 4 a 5mm de espessura óssea, totalizando uma espessura em torno de 6 a 7mm, o ideal para a reabilitação com implantes. Após a reabertura, clinicamente pode-se observar que o enxerto em bloco estava totalmente osteointegrado com o osso da maxila, formando um osso totalmente uniforme.

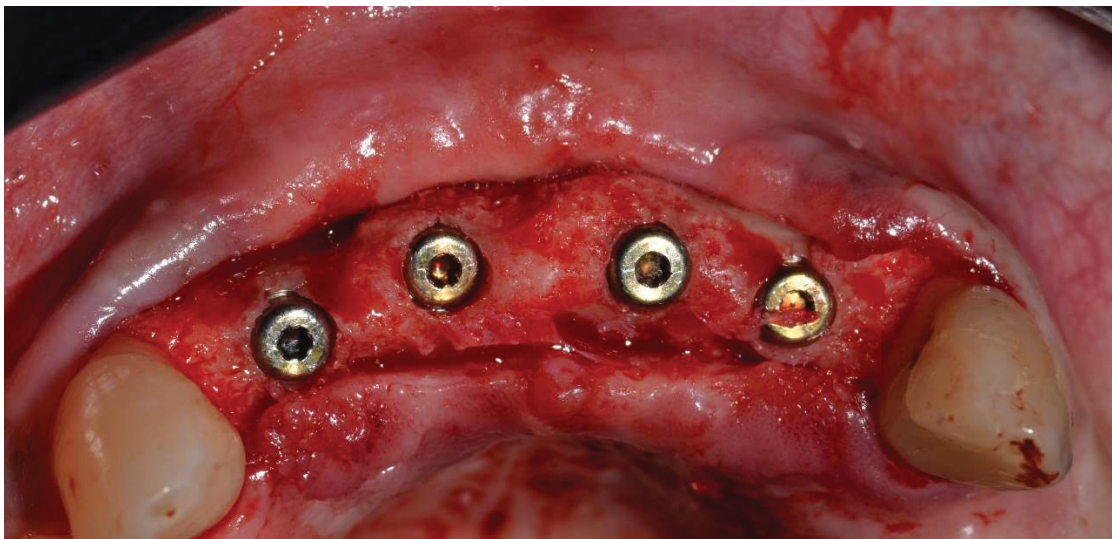


(Figura 9 - tomografia após 6 meses a cirurgia)

Conforme o planejamento, foi realizada a instalação de 4 implantes, com as medidas de 3,5x11,5 (Gran Morse, Neodent®), perfurando uma profundidade de 13,5 com intuito de instalar a 2mm infra ósseo (Fig 10 e 11). Todos os implantes foram instalados sem ocorrer o descolamento do enxerto ósseo e com um toque acima de 32 N·m, chegando a 45 N·m.



(Figura 10 – Implantes instalados sem o parafuso de cobertura)



(Figura 11 – Implantes Instalados com o parafuso de cobertura)

## 4 DISCUSSÃO

O Enxerto Autógeno ainda é a melhor opção para enxertia quando se tem o intuito de devolver a estrutura perdida em áreas anteriores. Blocos parafusados possuem menor custo cirúrgico, por ser removido do próprio paciente, e diferentemente dos enxertos particulados, não há necessidade de uso da malha de titânio ou membrana de colágeno para manter em posição, além de obter um resultado mais favorável, pois, conforme o passar dos meses pode ocorrer a exposição da malha, como ocorreu no estudo de Cortez, Rabelo e Mazzonetto (2004), e conseqüentemente uma possível infecção no local, além de não possuir uma densidade óssea tão alta comparado ao bloco autógeno, o que favorece na introdução dos implantes por fornecer um torque mais alto na inserção (Figueiredo et al. 2004).

Assim como o estudo de Gassen et al. (2008) a técnica de enxerto ósseo autógeno se mostrou uma ótima alternativa pois, fornece um tecido com qualidade e quantidade ideal para permitir a instalação de implantes posteriormente. Já Junior et al. (2016) obteve resultados semelhantes, entretanto, o autor afirma que a técnica se limita pela quantidade de tecido ósseo doador.

O enxerto autógeno possui excelentes vantagens biológicas, proporcionando baixo risco de infecção e rejeição por corpo estranho, também mantém a capacidade de osteogênese e osteoindução, por constituírem um trabecular ósseo com medula viável, aumentando a velocidade de revascularização e integração do enxerto a área receptora (Fardin et al. 2010). Por estas razões, escolheu-se utilizar enxerto ósseo parafusado na região e um substituto ósseo de origem animal (Geistlich Bio-Oss®), apenas para preenchimento ao redor, cobrindo toda a área com membrana dupla face com colágeno nativo (Geistlich Bio-Glide®) para manter as partículas na posição.

Notou-se também que não houve reabsorção óssea significativa do enxerto após ser parafusado, pode-se observar esse resultado devido a distância da cabeça do parafuso até bloco, corroborando com os resultados obtidos no estudo de Matocano (2004), em que obteve o resultado de uma média de apenas 5% de reabsorção do osso enxertado.

Contudo, o enxerto de osso autógeno possui como desvantagem a necessidade de mais um sítio cirúrgico, sendo mais traumática para o paciente e conseqüentemente aumentando a duração da cirurgia. Também possui o risco de parestesia, devido a algumas técnicas de remoção terem proximidade ao nervo alveolar inferior, entretanto, no presente caso foi solicitado uma tomografia da região doadora com intuito de minimizar qualquer possível dano ao nervo (Rocha et al, 2015).

Além disso, também é necessário adaptar o enxerto quando retirado da área doadora, para acomodá-lo ao leito receptor, necessitando também de parafusos para fixá-lo, os quais comprimem o enxerto contra o leito receptor, o que contribui com o aumento da reabsorção do enxerto. Também necessitam ser removidos após a osteointegração, neste caso foi removido cuidadosamente durante o procedimento de introdução dos implantes (Rocha, 2015).

Optou-se também pela instalação dos implantes 6 meses após a fixação do bloco autógeno com o intuito de se obter um maior toque na inserção, como mostrou o estudo de Lundgren 2008, onde se analisou a osteointegração dos implantes quando inseridos junto ao enxerto e quando inseridos após 8, 16 e 24 semanas da fixação do enxerto, tendo como resultado uma maior osteointegração dos implantes inseridos após 8 semanas comparados aos que foram instalados junto ao enxerto.

## 5 CONCLUSÃO

A técnica do enxerto autógeno em bloco proporcionou um excelente resultado na reconstrução da maxila atrófica, possibilitando aumentar significativamente em espessura e altura a região receptora, além de fornecer densidade óssea suficiente para obter-se torques excelentes na instalação dos implantes. Ainda é considerado o padrão ouro (*“Gold Standart”*) para enxertia óssea, devido a sua biocompatibilidade, o que proporciona uma técnica segura, com baixa taxa de rejeição, com baixo custo e baixa reabsorção óssea do enxerto.

## REFERÊNCIAS

BORGES, A.P.N. Enxerto ósseo autógeno – Revisão de Literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Implantodontia) pela Faculdade Facsete. Vitória da Conquista. 2014.

CORTEZ, A.L.V. RABELO, G.O. MAZZONETTO, R. Reconstrução de maxila atrófica utilizando osso autógeno e malha de titânio para posterior reabilitação com implantes – Caso clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. v. 45, p. 163-167, 2004.

FARDIN A.C. et al. Enxerto ósseo em odontologia: revisão de literatura. Innov Implant J, Biomater Esthet, São Paulo. v. 5, n. 3, p. 48-52, set./dez, 2010.

FAVERANI L.P. et al. Técnicas cirúrgicas para a enxertia óssea dos maxilares – Revisão da literatura. Rev. Col. Bras. Cir. v. 41(1), p. 061-067, 2014.

GASSEN, H.T. FILHO, R. SIQUEIRA, B.M. OLIVEIRA, S.B. JUNIOR, A.N.S. Reconstrução óssea de maxila atrófica utilizando enxerto de ramo mandibular. Stomatos. v.14, n.26, jan./jun, 2008.

GIGLI, R.E.M. Reconstrução óssea de maxila atrófica utilizando enxerto de ramo mandibular. Monografia (Especialização em Implantodontia) pela Ciodonto. Rio de Janeiro. 2008.

JUNIOR, H.M. et al. Enxerto ósseo em bloco autógeno na maxila: relato de caso clínico. REV ASSOC PAUL CIR DENT. v. 70(2), p. 198-203, 2016.

LUNDGREN, S. SJÖSTRÖM, M. NYSTRÖM, E. SENNERBY, L. Strategies in reconstruction of the atrophic maxilla with autogenous bone grafts and endosseous implants. *Periodontology* 2000, v. 47, p. 143–161, 2008.

MATOCANO, L.G.G. RAMALHO, S.A. WASSALL, T. KUABARA, M.R. SARAIVA, M.S. Obtenção de Enxertos Ósseos da Região Retromolar Para Reconstrução de Maxila Atrófica. *RGO*. v. 52 (3), p. 189-193, jul/ago, 2004.

MILHOMEM, M.L.A. Enxertos autógenos intrabucais em implantodontia: Revisão de literatura. *Revista Amazônia Science & Health*. v. 2(3), p. 32-37, jul/set, 2014.

PEREIRA, C.C.S. et al. Técnica cirúrgica para obtenção de enxertos ósseos autógenos intrabucais em reconstruções maxilomandibulares. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. v. 15(2), p. 83-89, 2012.

ROCHA, J. F. Fixação do enxerto ósseo autógeno em bloco com adesivos a base de cianoacrilato ou parafuso de titânio: Estudo histológico em coelhos. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP. Araçatuba, 2015.

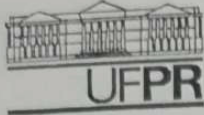
ROCHA, J. F. et al. Enxerto ósseo mandibular, complicações associadas às áreas doadoras e receptoras, e sobrevivência de implantes dentários: um estudo retrospectivo. *Revista de Odontologia da UNESP*. ed. 44, v. 06, p. 340-344, 2015.

ROCHA, S.A.L. et al. Enxerto ósseo autógeno. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. ano 04, ed. 01, v. 07, p. 47-75, jan, 2019.

SCHWARTZ-ARAD, D. LEVIN, L. Intraoral autogenous block onlay bone grafting for extensive reconstruction of atrophic maxillary alveolar ridges. *J Periodontol*; v. 76, n. 04, p. 636-641, 2005.

Souza, F.Á. et al. Reconstruction of maxillary ridge atrophy caused by dentoalveolar trauma, using autogenous block bone graft harvested from chin: a case report. *Journal of Osseointegration*. ed. 06, v. 02, p. 21-27, 2014.

## ANEXO 1 – TERMO DE ACEITAÇÃO E RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO DO TRATAMENTO - UFPR



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM IMPLANTODONTIA.

### TERMO DE ACEITAÇÃO E RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO DO TRATAMENTO.

Eu, Luizimar Pereira da Silva, portador(a)  
da carteira de identidade nº 3852392, CPF nº 672.248.652-49 residente  
no endereço: R. Prof. Antonio Dantas N: 1084  
Ap. 303 SIP

Fui informado(a) à respeito do funcionamento do Curso de Especialização em Implantodontia nesta Instituição e das oportunidades sociais na área da saúde que este curso oferece à comunidade. Entendi que este Curso é oferecido aos Cirurgiões-Dentistas que desejam se especializar na área de implantodontia e com isto tornarem-se aptos e habilitados aos procedimentos desta área. Estou ciente que este Curso tem a finalidade de ensino aos Profissionais e que, aproveitando a oportunidade, a sociedade pode usar deste benefício oferecendo-se para obter os tratamentos inerentes à especialidade que é de difícil acesso em âmbito particular. Conheço e concordo que para realização dos procedimentos da Implantodontia( cirúrgico e protético), não há cobrança de qualquer valor pelo Curso, mas que deverei adquirir, com terceiros, os materiais especializados necessários para realização das fases cirúrgicas e protéticas, estando o curso isento de qualquer responsabilidade quanto às responsabilidades de valores entre mim e terceiros. -

Fui instruído sobre os fatos referentes à cirurgia de implantodontia e enxertos, se necessário, como tempo de cirurgia e data provável, como esta se realizará e local, materiais a serem utilizados e prováveis mudanças relacionadas às necessidades na hora da cirurgia, necessidades de exames complementares ( exames de sangue, radiografias, tomografias, etc), cuidados pré e pós-operatórios (higiene, compressas frias, sangramento, alimentação, utilização de próteses, remoção de pontos e medicação), tipo de prótese à ser confeccionada posteriormente e provável data, necessidades de buscar outros profissionais em casos de emergências, limitações do curso em realizar prótese sobre implantes em todos os pacientes em curto espaço de tempo e fui orientado sobre a possibilidade de um tratamento complementar cirúrgico ou protético mal conduzido e realizado em outros lugares comprometer os tratamentos realizados nesta Escola. Estou ciente que o Curso não tem condições de fazer controle ou manutenção do tratamento por ser realizado em módulos distantes e ter interrupções relacionadas aos cumprimentos das avaliações e análises dos órgãos reguladores da Instituição. Concordo, também, que por ser um Curso voltado para o ensino, será realizada documentação de imagem( fotos, vídeos) com a finalidade de publicação científica e que em nenhum momento haverá a possibilidade de identificação do paciente através destes mecanismos por outros.

Por estar ciente e de acordo com todas estas orientações acima, assino o presente documento,

Curitiba, 16 de fevereiro de 2019.