



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



LORENA ROSA VIEIRA GOMES

CISTOS DE ERUPÇÃO EM BEBÊ: RELATO DE CASO

**UBERLÂNDIA
2021**

LORENA ROSA VIEIRA GOMES

CISTOS DE ERUPÇÃO EM BEBÊ: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra
Maia de Castro Prado
Coorientadoras:
Ms. Laíza Fernandes Martins
Profa. Dra. Danielly Cunha Araújo
Ferreira de Oliveira

UBERLÂNDIA
2021

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho de conclusão de curso aos meus avós Hélio e Terezinha, por nunca medirem esforços para a minha formação e por serem minha fonte de amor e motivação.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela saúde física e mental para resistir e superar todos os obstáculos dessa longa jornada e que em muitos momentos de aflição e incertezas foi o meu refúgio e meu abrigo.

Aos meus pais amados, Jaqueline Rosa Vieira Pinto, Wendel da Costa Pinto e Claudinei Alves Gomes pelo amor, incentivo, compreensão e pela oportunidade de me dedicar exclusivamente aos meus estudos.

Ao meu irmão Pedro Henrique Vieira Pinto que sempre esteve ao meu lado e é referência em minha vida.

Aos meus avós, tios, primas e padrinhos que me apoiaram de inesquecíveis maneiras para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus amigos Ana Carolina, Anny, Dayane, Daniella, João Paulo, Poliana e Roberta, que foram meu lar em Uberlândia e que são luzes na minha vida. Vocês com certeza tornaram essa caminhada leve e muito feliz.

Aos meus pacientes queridos, por me tornarem mais humana, humilde e profissional. Por confiarem a mim suas vidas e seus sorrisos e por serem a nossa fonte de conhecimento e aperfeiçoamento prático. Agradeço com muito carinho a cada um de vocês.

À todos os mestres pela paciência e por contribuírem com meu crescimento acadêmico, em especial a minha orientadora Prof^a. Dr^a. Alessandra Maia de Castro Prado e os professores Adriano Loyola, Flávio Neves, Germana de Villa Camargos, Jaqueline Bulgareli, João Edson Carmo de Oliveira e Letícia Resende Davi.

Aos funcionários do Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia, pelas injeções diárias de ânimo e alegria.

À Universidade Federal de Uberlândia, pela disponibilização dos recursos para que minha formação se tornasse realidade.

E por fim, a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para meu crescimento pessoal e profissional ao longo desses cinco anos.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”
(O Pequeno Príncipe)

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------------------|-----------|
| Resumo | 07 |
| Abstract | 07 |
| Introdução | 08 |
| Relato de caso | 09 |
| Discussão | 11 |
| Referências Bibliográficas | 13 |
| Legendas das figuras | 16 |
| Figuras | 17 |
| Termo de consentimento | 22 |
| Autorização para divulgação científica | 23 |

Cistos de erupção em bebê: relato de caso

I. Resumo

Introdução: o cisto de erupção (CE) é um cisto benigno, de tecido mole, normalmente associado a um dente, de coloração azulada, roxa, preto-azulada ou coloração normal de mucosa. Sua etiologia ainda não é bem definida, mas sabe-se que na dentição decídua pode estar relacionado a processos traumáticos ou inflamatórios. **Objetivo:** o objetivo desse artigo é apresentar um caso de cistos de erupção em bebê, com ênfase nas técnicas de manejo comportamental, acompanhamento das lesões e abordagem cirúrgica. **Relato de caso:** lactente, 11 meses, cuja responsável relatou haver a presença de um edema na gengiva, na região de molar na mandíbula e desconforto a alimentação. A opção de tratamento escolhida foi ulectomia para aliviar o desconforto e dificuldade durante a alimentação da criança. **Discussão:** os CE em geral medem 1 cm x 1 cm e podem estar presentes bilateral ou unilateralmente, são mais comuns em regiões de incisivos superiores e centrais inferiores decíduos e primeiros molares. No entanto, neste caso clínico todos os três foram localizados na região de molares decíduos, com tamanho aproximado de 1cm x 1cm. Dois cistos apresentaram coloração normal de mucosa e um apresentou coloração arroxeadada confirmando parcialmente o que a literatura apresenta, visto que não é tão comum a presença de CE na região de molares decíduos

Palavras-chave: Cisto. Lactentes. Dentes decíduos

II. Abstract:

Introduction: The eruption cyst is a benign soft tissue cyst, usually associated with a tooth, with bluish, purple, bluish-black or normal mucosa coloration⁵. Its etiology is still not well defined, but it is known that in deciduous dentition it can be related to traumatic or inflammatory processes. **Objective:** The aim of this article is to present a case of eruption cyst in a baby, with emphasis on behavioral management techniques, lesion follow-up and surgical approach. **Case report:** The case presented is of an 11-month-old baby, whose caregiver reported the presence of an edema on the gingiva in the molar region of the mandible. The treatment option chosen was ulectomy to alleviate the discomfort and difficulty

during the child's feeding. **Discussion:** In general, ECs measure 1 cm x 1 cm and can be present bilaterally or unilaterally; they are more common in the regions of deciduous lower central incisors, permanent first molars, and deciduous upper incisors. However, in this case, all three were located in the region of deciduous molars, but with a size of approximately 1 cm x 1 cm. Two cysts had normal mucosa coloring and one had purple coloring, partially confirming what the literature presents, since it is not so common the presence of EC in the region of deciduous molars.

Key words: Cyst. Deciduous tooth. Infants.

III. Introdução

O cisto de erupção (CE) é definido como um cisto odontogênico de desenvolvimento benigno, cuja etiologia ainda não é claramente conhecida, mas em dentição decídua tem sido relacionada com processo traumático ou inflamatório (1-3). Acredita-se que sua origem é a partir do folículo dentário, onde ocorre proliferação epitelial em volta de uma cavidade preenchida por líquido, o que leva o folículo a expandir-se. É um cisto de tecido mole e normalmente está associado a um dente decíduo ou permanente (4).

As características clínicas do CE são bem estabelecidas, ele se apresenta como um pequeno aumento de volume, frequentemente translúcido na mucosa gengival que se sobrepõe à coroa de um dente decíduo ou um dente permanente em estágio de erupção (5).

Na maioria das vezes, os cistos de erupção são assintomáticos, mas pode haver dor à palpação devido a fatores secundários, como trauma ou infecção (6-8). O trauma na região pode acarretar uma considerável quantidade de sangue na cavidade cística, que atribui uma coloração de aparência azulada a marrom-arroxeadada, tais lesões são chamadas de hematomas de erupção (5). O cisto com sangue é visto com maior frequência em região de molares, devido a funções mastigatórias causarem um trauma na área e o exame radiográfico revela uma área radiolúcida associada de algum modo à coroa de um dente em erupção (9).

De acordo com Bodner et al. (2004), em 24 crianças, com idade entre 1 mês e 12 anos diagnosticadas com CE e tratadas, foi possível constatar que o CE foi associado com dentes natais em dois casos (8,3%), com dentes decíduos

em dez casos (41,6%) e com os dentes permanentes em 12 casos (50%), ou seja, pode ocorrer em qualquer dentição (10). O cisto de erupção é considerado mais prevalente no arco superior (11). A predileção por sexo ainda é indefinida, alguns autores acreditam ter uma predileção pelo sexo masculino numa proporção de 2:1, enquanto outros relatam não encontrar diferença ou até mesmo uma predileção pelo feminino (6). Os CE geralmente são observados na primeira ou segunda década de vida (12), com idade média de sete anos (13).

Para um diagnóstico assertivo de CE em bebês é necessário realizar uma anamnese criteriosa levando em consideração o tempo da lesão, presença de desconforto ou dor, observado pelos responsáveis da criança com atenciosa avaliação dos sinais clínicos como consistência, tamanho, coloração e localização (14).

Segundo Gaddehosur et. al. (2014), para o diagnóstico diferencial devem ser consideradas alterações como hemangioma, tumor neuroectodérmico melanótico da infância, epúlide congênita e linfangioma alveolar neonatal (5).

Comumente, na dentição decídua, o CE não requer tratamento cirúrgico, pois normalmente a lesão rompe de forma espontânea e o dente irrompe na cavidade bucal. Entretanto, eventualmente o quadro clínico pode apresentar-se doloroso e ser um incômodo para o bebê dificultando a sua alimentação, nesse caso há necessidade de intervenção do cirurgião – dentista e o tratamento cirúrgico é a melhor forma resolutiva (15-16).

Kimura et al. (2014) e Gaddehosur et al. (2014) relataram casos clínicos com cistos de erupção presentes simultaneamente (15,5). No primeiro, o bebê apresentou múltiplos cistos de erupção, sendo dois na região de incisivos e quatro na região de molares, e destes dois tiveram que ser removidos cirurgicamente. Já no relato de Gaddehosur et al. (2014), os quatro cistos de erupção, associados com os primeiros molares decíduos apresentavam-se grandes, com diâmetro de 2 cm cada, exigindo a intervenção cirúrgica sob anestesia geral, devido também ao comportamento da criança (5).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de cistos de erupção em lactente, enfocando as técnicas de gerenciamento comportamental, acompanhamento das lesões e abordagem cirúrgica.

IV. Relato de caso

Paciente do sexo feminino B.S.C, 11 meses de idade, leucoderma/branca, foi encaminhada pela médica pediatra ao Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas (PROCEDE) da Universidade Federal de Uberlândia realizado no bloco 4T na cidade de Uberlândia, Minas Gerais devido ao aparecimento de lesão e uma dificuldade de alimentação constatada pela mãe e então a bebê foi encaminhada para a Área de Odontologia Pediátrica. Ao chegar à clínica foi realizada a anamnese, onde a genitora relatou ter observado “bolha que apareceu na gengiva e dificuldade de alimentação” referindo-se a um aumento de volume na região do rebordo alveolar inferior direito, com evolução de aproximadamente um mês. A mesma relatou que não houve associação com trauma na região afetada e que a paciente apresentava bom estado de saúde geral, classificado como ASA I, além disso, a genitora negou a presença de doenças sistêmicas, qualquer tipo alergia e uso de medicações. Posteriormente, foi realizado o exame clínico extra e intraoral, constatando-se uma tumefação gengival mole depressível à palpação, de aproximadamente 1cm, como coloração normal, consistência borrachóide e inserção sésil, na região do elemento 84. Após o exame clínico da cavidade bucal realizou-se uma radiografia periapical e foi verificado a presença do dente 84. Analisados os aspectos clínicos e radiográficos, concluiu-se tratar de cisto de erupção. Foi discutido com os responsáveis as opções de tratamento a serem realizados, e tendo em vista a dificuldade de alimentação do bebê optou-se pela intervenção cirúrgica na semana seguinte.

No dia da cirurgia a paciente estava tranquila e interativa. Antes do início do procedimento foi discutido entre equipe e responsáveis qual seria a melhor forma de estabilização protetora para a paciente, optou-se por utilizar um campo cirúrgico para diminuir o estresse, garantir segurança e favorecer o comportamento, limitando seus movimentos e possibilitando uma intervenção segura. Com a bebê na cadeira odontológica foi realizada a estabilização protetora passiva, assepsia e antisepsia. Para a anestesia tópica, o local foi seco com gaze e colocado gel de benzocaína a 20% (Benzotop 200mg/g benzocaína. DFL, Indústrias e Comércio. S.A). Com auxílio de uma pinça clínica e algodão o anestésico foi deixado sobre o rebordo durante 2 minutos conforme a orientação do fabricante, para a anestesia infiltrativa local foi utilizada 0,5 ml de lidocaína a 2% com epinefrina 1: 100.000 (DFL, Indústrias e Comércio S.A.,

Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Logo após, realizou-se uma incisão em cunha com bisturi e lâmina para expor parte da coroa, o fragmento de tecido gengival foi removido e o local cirúrgico irrigado com soro fisiológico. Durante todo o procedimento a paciente se apresentou chorosa e não colaborativa e ao final, cansada e agitada. Os pais foram orientados em relação aos cuidados pós-operatórios acerca de uma dieta pastosa e de temperatura ambiente durante o primeiro dia. Foi prescrito Dipirona Sódica em gota para controle da dor (20 mg/Kg), agendada a consulta para acompanhamento do pós-operatório e a paciente foi liberada.

Na consulta de retorno, após duas semanas o tecido apresentava boa recuperação, porém o elemento 84 ainda não havia irrompido e outros três cistos de erupção foram constatados na região dos dentes 54, 64 e 74. Programou-se a intervenção do 64 que apresentava uma única diferença clínica, com coloração arroxeada, a qual seguiu da mesma forma da anterior e optou-se por acompanhar a lesão dos elementos 54 e 74, que irromperam sozinhos após um mês. A paciente continuou em acompanhamento e os dentes irromperam sem mais alterações após um mês de intervenção.

V. Discussão

A ocorrência de cistos de erupção é rara, em um levantamento com 400 recém-nascidos, verificou-se que apenas 0,5% apresentaram cistos de erupção (17). A literatura mostra um pequeno número de casos relatados de cistos de erupção e em menor número ainda estão os estudos de CE com manifestação simultânea, o que pode ser observado é que eles parecem ser mais prevalentes na raça caucasiana, coincidindo com o nosso relato (5, 7, 8, 18). O CE ocorre quando o dente é impedido de irromper na cavidade bucal, sua etiologia exata ainda não é muito clara, embora as lesões na dentição decídua tenham sido frequentemente relacionadas a traumas ou processos inflamatórios (1-3). Quanto as suas características clínicas, o CE aparece como um edema elevado em forma de cúpula na mucosa da crista alveolar, é macio quando pressionado e sua cor varia de azulado, roxo, preto-azulado a coloração normal de mucosa (5). No geral, medem 1 cm x 1 cm e podem estar presentes unilateral ou bilateralmente, mais comuns em regiões de incisivos superiores e centrais

inferiores decíduos e primeiros molares permanentes (6). No entanto, em neste caso clínico todos os quatro foram localizados na região de primeiros molares decíduos, com tamanho aproximado de 1cm x 1cm, três cistos apresentaram coloração normal de mucosa e um apresentou coloração arroxeada confirmando parcialmente o que a literatura apresenta, visto que não é tão comum a presença de CE na região de molares decíduos.

Gaddehosur et al. (2014) em seu relato optaram por anestesia geral devido a não cooperação do paciente e ao tamanho das lesões, que se apresentavam infectadas (5). Neste caso, optou-se pela a estabilização protetora como técnica de gerenciamento comportamental por ser um método seguro, eficaz, de fácil execução e manejo, tendo em vista que a anestesia geral só pode ser realizada em ambiente hospitalar e a sedação em bebês há risco de depressão respiratória. A sugestão é que o dentista avalie as especificidades do caso e analise as alternativas possíveis, desde que os pais sejam comunicados da técnica escolhida e consintam, em termo específico, como no caso das técnicas de gerenciamento consideradas avançadas, como sedação, estabilização protetora e anestesia geral.

O diagnóstico é essencialmente obtido pelo exame clínico e anamnese criteriosa. Embora a análise histopatológica não seja mandatória para estabelecer o diagnóstico, ela pode ser uma opção em casos que ocorre a excisão cirúrgica do cisto. Com base no exame físico e histórico da lesão não se considerou necessário o exame histopatológico no caso apresentado. Navas et al. (2014) em sua análise afirmaram ser fundamental a realização de biópsia aspirativa por agulha, a qual apresentou resultados favoráveis ao diagnóstico inicial (12).

Em relação a abordagem cirúrgica, empregou-se gel de benzocaína a 20% topicamente e associado a anestesia local infiltrativa com lidocaína a 2% e epinefrina 1:100.000. Foi realizado uma incisão em cunha devido a necessidade de remoção do tecido gengival para expor a coroa. Almeida et al. (2015) em dois de três casos relatados em seu artigo, utilizaram apenas o gel de benzocaína a 20% para anestesia e realizando uma perfuração com sonda exploradora o centro da lesão com o intuito de romper o tecido e drenar o conteúdo cístico. Já Ramón Boj et. al (2000) utilizaram o laser do tipo Er, Cr: YSGG para o tratamento

de cistos de erupção, dispensando a necessidade de anestesia e incisão nos tecidos (8).

Na maioria dos casos de CE os dentes irrompem naturalmente. O tratamento cirúrgico é indicado quando há infecção, quando traz desconforto para o paciente ou quando os dentes não irrompem espontaneamente (12, 18-19). No caso apresentado, devido à dificuldade de alimentação do bebê, realizou-se a intervenção cirúrgica em dois cistos e acompanhamento dos outros dois que irromperam espontaneamente posteriormente. Gaddehosur et al. (2014) optaram também por conduta cirúrgica em seu estudo, porém motivado pela hipótese de diagnóstico de infecção do CE, além do tamanho exacerbado das lesões e dificuldade de alimentação da criança. (5)

Assim, ainda que comumente um CE não requeira tratamento cirúrgico, esse pode ser indispensável na erupção dos dentes. A sintomatologia do paciente e o atraso na erupção dentária são fatores importantes para determinar a abordagem mais adequada, e cabe ao profissional cirurgião-dentista diagnosticar, orientar a família e, se necessário, intervir de forma resolutiva e atraumática.

V. Referências

1. Boyezuk MP, Berger JR. Identifying a deciduous dentigerous cyst. J Am Dent Assoc 1995; 126(5):643-6.
2. Kozelj V, Sotosek B. Inflammatory dentigerous cysts of children treated by tooth extraction and decompression - report of four cases. Br Dent J 1999; 187(11):587-90.
3. Naclério MG, Simões WA, Zindel Deboni MC, Chilvarquer I, Aparecida TA. Dentigerous cyst associated with an upper permanent central incisor: case report and literature review. J Clin Pediatr Dent 2002; 26(2):187-92
4. Neville BW, Damm DD, Allen A, Bouquout JE. Patologia Facial & Maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p. 1206
5. Gaddehosur CD, Gopal S, Seelinere PT, Nimbeni BS. Bilateral eruption cysts associated with primary molars in both the jaws. BMJ Case Rep. 2014;2014. BMJ Case Rep . 2014; 2014: bcr2013202606. doi: 10.1136 / bcr-2013-202606

6. Aguiló L, Cibrian R, Bagan JV, Gandia JL. Eruption cysts: Retrospective clinical study of 36 cases. *J Dent Child*. 1998;65:102–6.
7. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002;62:25-9
8. Boj JR, Garcia-Godoy F. Multiple eruption cysts: report of case. *J Dent Child* 2000; 67(4):282-4.
9. McDonald RE, Avery, DR. *Odontopediatria*. 9° ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2011
10. Bodner L, Goldstein J, Sarnat H. Eruption Cysts: A Clinical Report of 24 new cases. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2004; 29 (2):183-186.
11. Şen-Tunç E, Açıkel H, Sönmez I S, Bayrak Ş, Tüloğlu N. Eruption cysts: A series of 66 cases with clinical features. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017;22(2):e228-e232. Published 2017 Mar 1. doi:10.4317/medoral.21499
12. Alemán Navas RM, Martínez Mendoza MG, Leonardo MR, Silva RABD, Herrera HW, Herrera HP. Congenital eruption cyst: a case report. *Braz Dent J*. 2010;21:259–62.
13. Seward MH. Eruption cyst: an analysis of its clinical features. *J Oral Surg*. 1973;31:31–5.
14. Almeida LHS, Azevedo MS, Pappen FG, Romano AR. Hematomas de erupção: relato de três casos clínicos em bebês. *RFO UPF* [online] 2015; 20 (2):222-226.
15. Kimura JS, Wanderley MT, Pinto-Junior DdosS, Zardetto CG. An unusual case of four simultaneous eruption cysts in an infant. *J Dent Child*. 2014;81:38–41.
16. Coser RM, Flório FM, Melo BP, Quaglio JM. Clinical Features of the eruption cyst. *Rev Gaucha Odontol* 2004; 52(3):180-3
17. de Oliveira AJ, Duarte DA, Diniz MB. Oral Anomalies In Newborns: An Observational Cross-Sectional Study. *J Dent Child (Chic)*. 2019 May 15;86(2):75-80. PMID: 31395111.
18. Anderson RA. Eruption cysts: a retrograde study. *J Dent Child*. 1990; 57:124–9.
19. Ricci HA, Parisotto TM, Aparecida Giro EM, de Souza Costa CA, Hebling J. Eruption cysts in the neonate. *J Clin Pediatr Dent*. 2008;32:243–6

20. Ferreira R, Oliveira V, Piemonte MR, Ramires MA, Bruzamolín CD, Marques FR. O uso da contenção física como técnica de condicionamento no atendimento odontológico de bebês: revisão de literatura. *Gestão & saúde* 2016; 14(1):31-36.
21. Shafer WG. *Patologia Bucal*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. Cap.4. p. 239-294
22. Seward MH. Eruption cyst: an analysis of its clinical features. *J Oral Surg*. 1973; 31:31–5.
23. Pinkham JR, Casamassimo PS, Tighe DJ, Fields HW, Nowak AJ. *Pediatric dentistry: infancy through adolescence*. 4. ed. St. Louis, Missouri: Saunders, Elsevier; 2005.

VII. Legendas

Figura 1: Estabilização protetora

Figura 2: Cisto de erupção na região do elemento 54

Figura 3: Cisto de erupção na região do elemento 64

Figura 4: Cisto de erupção na região do elemento 74

Figura 5: Cisto de erupção na região do elemento 84

Figura 6: Anestesia infiltrativa local

Figura 7: Incisão em cunha

Figura 8: Fragmento gengival

Figura 9: Dente 64 em erupção

Figura 10: Dente 74 em erupção

VIII. Figuras

Figura 1. Estabilização protetora



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

Figura 2. Cisto de erupção na região do elemento 54



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

1

Figura 3: Cisto (hematoma) de erupção na região do elemento 64



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

Figura 4: Cisto de erupção na região do elemento 74



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

Figura 5: Cisto de erupção na região do elemento 84



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

Figura 6: Anestesia infiltrativa local para ulectomia 64



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

Figura 7: Incisão em cunha



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

Figura 8: Fragmento gengival



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

Figura 9: Dente 64 em erupção



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

Figura 10: Dente 84 em erupção



Fonte: arquivo pessoal (2019/2)

IX. Termo de consentimento

 Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Odontologia
Área de Odontologia Pediátrica 

TERMO DE CONSENTIMENTO
Utilização de Técnica de Estabilização Protetora

Paciente: Bianca Silva Couto Prontuário: 151850
Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu,
Guilherme Couto Oliveira
portador do documento de identidade RG/MG 14.750.067, residente à
RUA ANA MARIA RODRIGUES ALVES 50 doravante
denominado simplesmente RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
BIANCA SILVA COUTO declaro que:

1. Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre a necessidade da utilização de técnicas avançadas para restrição de movimentos inapropriados e sobre os objetivos e riscos que cada uma delas apresenta.
2. Fui esclarecido que a estabilização visa a proteção e segurança do paciente, acompanhante, profissional e equipe odontológica, evitando que todos os envolvidos sofram lesões e oferecendo um tratamento seguro, eficaz e confortável.
3. Aceito e autorizo a utilização de abridores de boca para manter a boca do paciente aberta durante a realização do tratamento odontológico proposto, evitando, assim, que o paciente feche a boca causando algum dano à criança;
4. Aceito e autorizo a realização da estabilização protetora, que restrinja movimentos inapropriados de mãos, braço, tronco e cabeça, realizada por mim mesmo ou por um auxiliar/acompanhante, com o paciente sentado no meu colo, ou ainda comigo sentado em uma cadeira e segurando-o com meus braços e pernas, e até mesmo com o auxílio de faixas de tecido ou toalhas, também na minha presença, sem interferência no atendimento, apenas observando passivamente e auxiliando quando me for solicitado pelos profissionais envolvidos no atendimento.
5. Entendi todas as informações que me foram dadas e tive minhas dúvidas esclarecidas.
6. Entendo, ainda que, no caso de não autorização dos recursos acima indicados e na impossibilidade de colaboração do paciente com o tratamento, haverá a interrupção do atendimento e dispensa da clínica de Odontopediatria da FOUFU.

Por ser verdade, firmo o presente. Uberlândia, / /

Nome do Responsável pelo Paciente Guilherme Couto Oliveira Ass. Guilherme C. Oliveira
Nome do Profissional Responsável _____ Ass. _____
Nome do Aluno _____ Ass. _____

Av. Pará, 1720 – Bloco 2G Sala 02 Campus Umuarama – CEP: 38405-320
Telefone: 3225-8146

X. Autorização para divulgação científica



Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Odontologia
Área de Odontologia Pediátrica



AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

Por este instrumento de autorização por mim assinado, eu, Guilherme Couto Oliveira, portador do documento de identidade RG: MG 14750 067, residente à Rua Ana Maria Rodrigues Alves 50 autorizo a divulgação por meio de revista científica, das informações relacionadas ao caso clínico e das imagens obtidas do paciente de minha responsabilidade Bianca Silva Couto para melhor conhecimento do tema.

Tenho assegurado dos responsáveis pelo tratamento, o sigilo absoluto com relação às demais informações sobre o paciente, não diretamente relacionadas ao caso clínico, bem como a preservação de sua identidade.

Estou consciente que a divulgação científica é muito importante, podendo melhorar a saúde de mais pessoas.

Por ser verdade, firmo o presente.

Uberlândia, ____/____/____

Guilherme Couto Oliveira

Assinatura do Responsável pelo Paciente

