

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

NATHÁLIA CRISTINA BORTOLOZZO

RESTAURAÇÕES DIRETAS DE RESINA COMPOSTA: ABORDAGEM
MINIMAMENTE INVASIVA

BAURU
2023

NATHÁLIA CRISTINA BORTOLOZZO

RESTAURAÇÕES DIRETAS DE RESINA COMPOSTA: ABORDAGEM
MINIMAMENTE INVASIVA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências
da Saúde do Centro Universitário
Sagrado Coração, como parte dos
requisitos para obtenção do título de
bacharel em Odontologia, sob
orientação da Profa. Dra. Karin
Cristina da Silva Modena

BAURU
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo
com ISBD

B739r	<p>Bortolozzo, Nathália Cristina</p> <p>Restaurações diretas de resina composta: abordagem minimamente invasiva / Nathália Cristina Bortolozzo. -- 2023. 31f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Karin Cristina da Silva Modena</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP</p> <p>1. Resinas compostas. 2. estética dentária. 3. adesivos dentinários. I. Modena, Karin Cristina da Silva. II. Título.</p>
-------	---

NATHÁLIA CRISTINA BORTOLOZZO

RESTAURAÇÕES DIRETAS DE RESINA COMPOSTA: ABORDAGEM
MINIMAMENTE INVASIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde do Centro Universitário Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia sob orientação da Profa. Dra. Karin Cristina da Silva Modena.

Bauru, 11 de dezembro de 2023.

Banca examinadora:

Prof^a Dra. Karin Cristina da Silva Modena
Centro Universitário do Sagrado Coração

Prof^a Dra Ana Carolina Trentino Delfiori
Centro Universitário do Sagrado Coração

Prof Dr Joel Ferreira Santiago Junior
Centro Universitário do Sagrado Coração

Dedico esse trabalho aos meus pais
e principalmente a Deus.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a **Deus** por ter dado essa oportunidade de realizar meu sonho e estar ao meu lado a cada passo durante esses anos, me dando saúde, força, conhecimento e paciência para lidar com todas as situações, sem ele nada disso seria possível.

Agradeço aos meus pais, **Sidnei e Valéria**, que sempre me incentivaram e deram tudo de si para me dar a oportunidade de realizar essa graduação, mesmo enfrentando todos os problemas que surgiram ao longo do caminho, sem vocês nada seria possível. Vocês são minha base, minha inspiração, a vocês meu eterno amor e gratidão.

Sou grata a minha irmã, **Raquel**, por toda ajuda e orientação, você que sempre foi minha amiga e confidente, sempre ao meu lado para me ajudar e apoiar. Agradeço a minha família que sempre me apoiou nessa etapa, e em especiais aos meus **avós** que sempre torceram e rezaram por mim e meus sonhos. Um agradecimento especial ao meu namorado, **Luiz Felipe**, que sempre me apoiou, me ouviu e me orientou nos momentos de maior dificuldade nesse período, obrigado por todo amor, carinho e paciência comigo durante esses anos.

E, por fim, agradeço a todos os meus **professores**, que estiveram presentes durante a minha graduação, pelo conhecimento transmitido, pela amizade e carinho de todos durante esses anos.

Aqui se encerra um grande ciclo, e inicia-se outro!

RESUMO

São comuns as queixas dos pacientes em relação a alterações de cor, forma, tamanho e alinhamento dos dentes anteriores e, graças a evolução da Odontologia adesiva e, conseqüentemente dos materiais permitiu que os casos sejam solucionados de maneira menos invasiva, mais natural e com mínimo desgaste da estrutura dentária. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico em que a paciente se queixava do formato e tamanho dos seus dentes anteriores superiores. Inicialmente foi realizado o enceramento diagnóstico a partir do modelo de estudo para o planejamento do caso. Em seguida, foi feito o ensaio restaurador com resina bisacrílica para avaliação do formato, tamanho dos dentes, checagem das guias e também aprovação pela paciente. Realizou-se a escolha de cor de maneira criteriosa, instalação de isolamento absoluto, asperização da superfície do esmalte, aplicação de sistema adesivo e dos incrementos de resina composta de maneira estratificada. Após 24 horas do tratamento restaurador foi realizado a sequência de acabamento e polimento. Para pequenas correções da forma e tamanho dos dentes em pacientes jovens, as restaurações diretas em resina composta são excelentes aliadas, trazendo um resultado estético satisfatório para harmonia do sorriso e restabelecimento da função.

Palavras-chave: Resinas compostas; estética dentária; adesivos dentinários.

ABSTRACT

Complaints from patients regarding changes in the color, shape, size and alignment of the anterior teeth are common and, thanks to the evolution of adhesive dentistry and, consequently, the materials, it has allowed cases to be solved in a less invasive, more natural way and with minimal wear of tooth structure. The objective of this work is to report a clinical case in which the patient complained about the shape and size of her upper anterior teeth. Initially, diagnostic waxing was performed based on the study model for case planning. Then, the restorative test was performed with bisacrylic resin to evaluate the shape and size of the teeth, check the guides and also approval by the patient. A careful choice of color was carried out, installation of absolute insulation, roughening of the enamel surface, application of an adhesive system and increments of composite resin in a stratified manner. After 24 hours of restorative treatment, the finishing and polishing sequence was performed. For small corrections in the shape and size of teeth in young patients, direct restorations in composite resin are excellent allies, bringing a satisfactory aesthetic result for smile harmony and restoration of function.

Keywords: Composite resins; dental aesthetics; dentin-bonding agents.

LISTA DE FIGURAS

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
3 OBJETIVO	13
4 RELATO DE CASO	14
4.1 PLANEJAMENTO	14
4.2 TRATAMENTO RESTAURADOR	17
5 DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3 OBJETIVO.....	14
4 RELATO DE CASO.....	15
4.1 PLANEJAMENTO.....	15
4.2 TRATAMENTO RESTAURADOR.....	17
5	25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXO A.....	32

1 INTRODUÇÃO

É comum no dia-a-dia do consultório queixas de estética do sorriso principalmente nos dentes anteriores (Baratieri *et al.*, 2015). Principalmente queixas relacionadas ao tamanho, forma e cor dos dentes, além de outras desarmonias, como, por exemplo, guias de lateralidade e protrusão, perda de dimensão vertical e relação dos dentes e gengiva (Gouveia *et al.*, 2018).

Vem se tornando cada vez mais comum nos consultórios odontológicos a busca por um sorriso perfeito e com isso as restaurações diretas se tornaram uma grande aliada dos dentistas. Desde a descoberta do condicionamento ácido

por Buonocore e da resina composta por Bowen em 1956 se tornou possível a união adesiva entre materiais resinosos e o substrato dentário, permitindo uma abordagem mais conservadora e minimamente invasiva (Gouveia *et al.*, 2017).

A técnica restauradora de mínima intervenção possibilita realizar restaurações preservando a estrutura dentária e mesmo assim obter resultados naturais, desde que a indicação para tal procedimento esteja correta (Lima *et al.*, 2019).

É de extrema importância um planejamento adequado com uso de fotografias e modelos, permitindo previsibilidade e sucesso no tratamento. O correto diagnóstico e planejamento garante um prognóstico favorável que, associado a execução correta assegura a longevidade e sucesso da restauração (Francisci *et al.*, 2011). Em alguns casos, para conseguirmos estética branca a vermelha é necessária a realização de um trabalho integrado para obtermos um resultado mais harmônico ao final do tratamento (Okida *et al.*, 2015).

O sucesso da reabilitação estética engloba a habilidade do cirurgião dentista, o conhecimento científico para escolher o material e a melhor técnica para cada paciente (Sousa *et al.*, 2010).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os primeiros materiais utilizados para restaurações estéticas foram os silicatos, porém apresentavam grande desgaste com pouco tempo. Ao fim dos anos 40 surgiram as resinas acrílicas de polimetilacrilato mas também apresentavam algumas desvantagens (Rodrigues & Pereira, 2008). Em 1962, com Bowen, deu-se início a era das resinas compostas, com um agente de acoplamento, que unia a matriz resinosa as cargas inorgânicas que seriam adicionadas (Bowen *et al.*, 1962).

O surgimento das resinas compostas foi um grande marco na Odontologia e cada vez mais ela é utilizada, principalmente quando se trata de estética

dentária. Sua grande aceitação se deu pela coloração similar ao dente, fácil manuseio e pelas propriedades de adesão aos substratos dentais (Conceição, 2005; Goldberg, 2008; Karabela & Sideridou, 2011).

Existem diversos tipos de resina composta, que são classificadas pela viscosidade, forma de aplicação e tamanhos das partículas (Cruz *et al.*, 2016). As resinas macroparticuladas conhecidas como convencionais ou tradicionais, possuíam partículas de cargas mais comuns como quartzo inorgânico ou vidro de estrôncio ou bário (Adriano & Araujo Júnior, 2007). As microparticuladas oferecem uma textura superficial semelhante à do esmalte, muito usada para finalizar as restaurações (Adriano & Araujo Junior, 2007; Melo Júnior *et al.*, 2011; Maranhã, 2017). As resinas híbridas e microhíbridas possuem partículas menores e são considerados materiais de escolha para restaurações em dentes posteriores pela sua resistência à compressão e ao desgaste. As resinas nanohíbridas e nanoparticuladas foram criadas com o objetivo de serem utilizadas em dentes anteriores e posteriores por apresentarem boa resistência mecânica (Flach *et al.*, 2016; Melo Júnior *et al.*, 2011).

Para realizar uma restauração direta o dentista escolhe as resinas que se mais se adequam aos objetivos a serem atingidos (Conceição *et al.*, 2005). Para iniciar o tratamento, após o correto diagnóstico e plano de tratamento o profissional seleciona a cor, a partir da escala Vita (matiz e croma) e com uma foto preta e branca para verificar o valor da resina.

A reanatomização com resina composta é um tratamento minimamente invasivo e de baixo custo quando comparada a outros tipos de tratamento restaurador, e com isso elas vêm sendo a primeira escolha dos profissionais. Podem ser realizadas sem nenhum desgaste, ou mínimo desgaste ou até mesmo um maior desgaste, dependendo do objetivo a ser atingido (Khurana *et al.*, 2018). As resinas compostas possuem diversas vantagens como serem passíveis de reparo, dispensa a etapa laboratorial e não requer provisório ou moldagem.

Por outro lado, como os demais materiais, a resina possui suas desvantagens, como a susceptibilidade a fratura e maior manchamento quando comparada a outras restaurações (Gresnigt *et al.*, 2021).

A longevidade das resinas compostas depende de diversos fatores, como técnica aplicada, adesão do material, polimerização, manuseio do material pelo dentista e até mesmo de fatores como força oclusal, mudança de pH e temperatura intraoral (Balkaya *et al.*, 2019).

3 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico de reanatomização dos dentes 13 ao 23 com restauração direta com resina composta, descrevendo todas as etapas realizadas durante o tratamento desde o planejamento até a conclusão do caso.

4 RELATO DE CASO

4.1 PLANEJAMENTO

A paciente, gênero feminino, procurou atendimento no Instituto Cecília Veronezi queixando-se das pequenas fraturas na borda incisal, do formato e do tamanho dos seus dentes anteriores superiores. Durante o exame clínico (Figuras 1 e 2) observou-se a desarmonia no formato e tamanho dos dentes 13 ao 23.

Para o planejamento do tratamento foi realizado moldagem com alginato dos arcos superior e inferior para o planejamento do tratamento restaurador.

Figura 1: Foto inicial do sorriso da paciente



Fonte: autoria própria

Figura 2: Visão intrabucal dos dentes anteriores superiores



Fonte: autoria própria

O enceramento diagnóstico dos elementos 13 ao 23 foi realizado (Figura 3) e, a partir dele confeccionado uma matriz em silicone de condensação (Zetalabor - Zhermack) para que o ensaio restaurador (mock-up) fosse feito na paciente (Figura 4a). A matriz palatina também foi obtida a partir do enceramento diagnóstico como guia de orientação para o procedimento restaurador, copiando a face palatina e a largura da borda incisal (Figura 4b).

Figura 3: Enceramento diagnóstico dos elementos 13 ao 23



Fonte: autoria própria

Figuras 4a e 4b: Matrizes



Fonte: autoria própria

Foi realizado o mock-up com resina bisacrílica (Structur, VOCO, cor A1) para que as guias de protrusão e lateralidade, o formato e o tamanho dos dentes fossem avaliados em conjunto com a estética rosa. (Figura 5). Após análise e aprovação pela paciente, o procedimento restaurador foi iniciado.

Figura 5: Mock-up em resina bisacrílica



Fonte: autoria própria

4.2 TRATAMENTO RESTAURADOR

A seleção da cor foi à luz natural e com dentes úmidos evitando a desidratação dos elementos dentais e possíveis alterações de cor. Para verificar o matiz e o croma foi aplicado um pequeno incremento da resina para esmalte na superfície do dente 11 e polimerizado para a correta escolha (Figura 6a). Com a foto branco e preto, fez a escolha do valor da resina que seria utilizada e a que mais se aproximou do dente da paciente foi a resina Forma (Figuras 6b).

Figura 6a e 6b: Seleção de cor: matriz, croma e valor



Fonte: autoria própria

Realizou-se isolamento absoluto (Figura 7), asperização do esmalte com ponta diamantada 3118 com multiplicadora (Figura 8), condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Ultra-Etch, Ultradent) por 30 segundos por todo o dente, lavagem por 30 segundos e secagem com jatos de ar (Figura 9). O sistema adesivo utilizado foi o universal Âmbar APS (FGM) aplicado com microbrush, evaporação do solvente e fotopolimerizado por 20 segundos (Figuras 10 e 11).

Figura 7: Isolamento absoluto



Fonte: autoria própria

Figura 8: Asperização com ponta diamantada 3118



Fonte: autoria própria

Figura 9: Condicionamento com ácido fosfórico 37%



Fonte: autoria própria

Figura 10 e 11: Aplicação do sistema adesivo e fotopolimerização



Fonte: autoria própria

Iniciou-se o procedimento restaurador pela inserção da resina composta de esmalte acromático WE (Z350 XT, 3M ESPE) com auxílio da guia de silicone obtida a partir do enceramento diagnóstico, para a confecção da concha palatina e do halo incisal (Figuras 12 e 13).

Figura 12: Guia de silicone em posição



Fonte: autoria própria

Figura 13: Concha palatina e halo incisal



Fonte: autoria própria

Em seguida, foi inserida a resina composta para dentina Forma A1D (Ultradent) do terço médio até o terço incisal desenhando os mamelos. (Figura 14).

Figura 14: Incremento de resina composta de dentina Forma A1D



Fonte: autoria própria

A resina composta para esmalte Forma A1E (Ultardent) (Figura 15) foi colocada sobre a resina para dentina inserida previamente até o final do desenho dos mamelos. Em seguida foi colocada a resina de efeito Vitalescence cor IRB (Figura 16) entre os mamelos e para finalizar, no terço incisal, foi aplicada a resina Renamel IM (Cosmedent) para reproduzir a translucidez natural dos dentes da paciente nessa região. (Figura 17).

Figura 15: Incremento de resina composta para esmalte Forma A1E



Fonte: autoria própria

Figura 16: Incremento de resina composta de efeito IRB



Fonte: autoria própria

Figura 17: Incremento de resina composta de esmalte Renamel



Fonte: autoria própria

O acabamento inicial foi realizado apenas com disco soft-lex (3M ESPE) e tira de lixa diamantada serrilhada (TDV). Os contatos oclusais foram checados com auxílio de fitas de carbono e removidos, quando necessário, com a ponta diamantada 3118 (Figura 18).

Figura 18: Final imediato, vista do sorriso da paciente



Fonte: autoria própria

O acabamento final foi realizado após 24 horas com borrachas abrasivas para acabamento resina composta (Jiffy Hi-Shine, Ultradent) (Figuras 19 e 20).

Figura 19 e 20: Sequência de polimento realizado após 24 horas



Fonte: autoria própria

Figura 21 e 22: Vista bucal do antes e depois



Fonte: autoria própria



Fonte: autoria própria

5 DISCUSSÃO

A resina composta surgiu no mercado por volta de 1964 e sua criação se deu pela busca por um material direto com características ópticas semelhantes a estrutura dentária. Foram necessários muitos anos de pesquisa para conseguir encontrar a melhor formulação e a evolução deste material proporcionou uma vasta variedade de produtos, se tornando uma grande aliada para as restaurações diretas (Melo *et al.*, 2011).

Os tratamentos indiretos também são usados para resolver casos de perda de função e estética, porém existem alguns fatores para determinar qual técnica será usada, como idade do paciente, custo, habilidade profissional, quantidade de remanescente dentário, entre outros. As facetas diretas apresentam, em relação a técnica indireta, uma alternativa econômica e uma longevidade de cerca de 10 anos de acordo com alguns estudos (Bernardon *et al.*, 2009).

As restaurações diretas em resina composta são indicadas para dentes anteriores que apresentam alteração de cor e forma, para realinhar dentes pouco inclinados ou mal posicionados, dentes fraturados, malformados e/ou com lesão cariada, para aumentar o tamanho do dente em algumas situações e para reduzir ou fechar diastemas (Clavijo V. *et al.*, 2013).

Para um tratamento duradouro é necessário o diagnóstico correto de cada caso para delinear o plano de tratamento. O enceramento diagnóstico auxilia o dentista a ter uma previsibilidade dos resultados e o paciente avalia as correções de forma e tamanho. O mock-up é realizado com resina quimicamente ativada para transferir o enceramento para a boca do paciente e assim fazer a correta avaliação dos parâmetros estéticos e de função (Moreira *et al.*, 2018).

Para alcançar os resultados desejados, como no caso abordado, o planejamento prévio do tratamento reabilitador é de extrema importância, principalmente em relação a integralidade do tratamento, sendo muitas vezes necessário a interação com outras especialidades para que seja possível

alcançar os resultados almejados, além de saúde e durabilidade do tratamento (Goyatá *et al.*, 2017).

6 CONCLUSÃO

Com este trabalho pode-se concluir que o sucesso do tratamento restaurador está intimamente relacionado ao correto diagnóstico, planejamento e execução, considerando as etapas clínicas realizadas, os materiais usados no tratamento restaurador e a habilidade profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adriano, L. Z. & Araújo Junior, E. M. **Acabamento e polimento de restaurações diretas em resina composta**. Trabalho de Conclusão de Curso, 2007. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Balkaya, H.; Arslan, S.; Pala, K. **A randomized, prospective clinical study evaluating effectiveness of a bulk-fill composite resin, a conventional composite resin and a reinforced glass ionomer in Class II cavities: one-year results**. Journal of Applied Oral Science, 2019, 27.
- Baratieri, L. N. et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e técnicas**. 2.ed. São Paulo SP: GEN Grupo Editorial Nacional/ Editora Santos; 2015.p.331-430.
- Bernardon, J. K.; Maia, H. P.; Araújo, E. **Reabilitação estética com resina composta**. International Journal of Brazilian Dentistry, 2009; 5(17):94-106.
- Bowen, R. L. et al. **Dental filling material comprising vinyl silane treated fused silica and a binder consisting of the reaction product of bis phenol and glycidyl acrylate**. 1962. US 3.066,112, Nov. 27.
- Camargos, A. S.; Vieira, M. D.; Dietrich, L.; Silva, C. F.; Santos Filho, P. C. F.; Martins, V. M. **A importância do acabamento e polimento após procedimento restaurador: revisão de literatura**. Rev Odontol Contemp. 2021, 2(1), 1-9.
- Clavijo, V.; Kabbach, W. **Resinas compostas versus cerâmicas odontológicas**. International Journal of Brazilian Dentistry, 2013; 38(4):363-368
- Conceição, E. N. Et al. **Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Cruz, J. H. A; Silva, R. L. B.; Andrade-Júnior, F. P.; Guênes, G. M. T.; Almeida, M. S. C.; Medeiros, L. A. D. M. **A importância da anatomia e escultura dental para prática de procedimentos clínicos odontológicos**. RSC online, 2018;7(1):76-85.

Eduardo, C. P. et al. **Microtensile bond strength of composite resin to glass-infiltrated alumina composite conditioned with Er, Cr: YSGG laser.** Lasers Med Sci, 2012, v. 27, p. 7-14.

Flach, R. et al. **Longevidade de restaurações diretas resina composta em dentes posteriores: revisão de literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso, 2016. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Francci, C. E. et al. **Odontologia estética: soluções minimamente invasivas com cerâmicas.** Revista FFO/ Fundação para o desenvolvimento científico e tecnológico da odontologia, 2011, v. 5, n. 10, p.8-9.

Goldberg, M. et al. **In vitro and in vivo studies on the toxicity of dental resin components: a review.** Clinic Oral Invest, 2008, v. 12, n. 1, p. 1-8.

Gouveia, T. H. N.; Theobaldo, J. D.; Vieira-Junior, W. F.; Lima, D.; Aguiar, F. H. B. **Esthetic smile rehabilitation of anterior teeth by treatment with biomimetic restorative materials: a case report.** Clin Cosmet Investig Dent 2017; 9:27 – 31. <https://dx.doi.org/10.2147%2FCCIDE.S130698>

Goyata, F. R.; Costa, H. V.; Marques, L. H. G.; Barreiros, I. D.; Lanza, C. R. M.; Novaes Júnior, J. B.; Moreno, A. **Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso.** Archives of Health Investigation. 2017; 6(9): 408-413.

Gresnigt, M. M. M.; Sugii M.M.; Johanns K. B. F. W.; Van Der Made, S. A. M. **Comparison of conventional ceramic laminate veneers, partial laminate veneers and direct composite resin restorations in fracture strength after aging.** J Mech Behav Biomed Mater. 2021 Feb;114:104172. doi: 10.1016/j.jmbbm.2020.104172. Epub 2020 Nov 4. PMID: 33172798.

Januário, M. V. S.; Santos, J. S. J.; Silva, E. L.; Vasconcelos, M. G. & Vasconcelos, R. G. **Acabamento e polimento das restaurações de amálgama e resina composta: conceitos práticos e fundamentos clínicos.** Saluvita, 2016, 35(4), 563-78.

Karabela, M. M.; & Sideridou. I. D. **Synthesis and study of properties of dental resin composites with different nanosilica particles size.** Dental Materials, 2011, v. 27, n. 8, p. 825-835.

Khurana, J. S.; Clay, D. M.; Moreira, S.; Wang, X.; Landweber, L. F. **Small RNA-mediated regulation of DNA dosage in the ciliate *Oxytricha*.** RNA. 2018 Jan;24(1):18-29. doi: 10.1261/rna.061333.117. Epub 2017 Oct 27. PMID: 29079634; PMCID: PMC5733567.

Lima, M. G. S. et al. **Reanatomização do sorriso com uso de resina composta: relato de caso.** Arch Health Invest (2019) 8(9):501-505. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v8i9.3233>

Maranha, G. O. **Revisão da literatura sobre o uso de resinas compostas em dentes anteriores.** Trabalho de Conclusão de Curso, 2017. Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, SP, Brasil.

Melo Junior, P. C.; Cardoso, R. M.; Magalães, B. G.; Guimarães, R. P.; Silva, C. H.V.; Beatrice, L. C. S. **Selecionando corretamente resinas compostas.** Int J Dent, 2011. Recife, 10(2):91-96, abr./jun.

Moreira, E. J. R.; Ferreira Neto, J. A.; Freitas, G. C. **Harmonização Estética do Sorriso com Facetas Diretas em Resina Composta: relato de caso.** Science Invest Dent, 2018, v. 23, n.1, p. 22-27.

Rodrigues, G. D. R.; Pereira, S. N. A. **Evolución y tendencias actuales en resinas compuestas.** Acta Odontológica Venezolana, 2008 v. 46, n. 3, p. 1-19.

Okida, R. C.; Rahal, V.; Okida, D. S. S. **A associação entre dentística e periodontia no tratamento estético com lentes de contato: relato de caso.** Rev Odontol Araçatuba. 2015;36(1):59-64.

Silva, C. O. et al. **Aesthetic crown lengthening: periodontal and patient-centred outcomes.** Journal of Clinical Periodontology, 2015; 42(12): 1126–1134.

Souza, S. J. B.; Magalhães, D.; Silva, G. R.; Soares, C. J.; Soares, P. F. B.; Santos-Filho, P. C. F. **Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associada a restaurações em resina composta: relato de caso clínico.** Rev Odontol Bras Central. 2010;19(51):362-66.

ANEXO A

CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO:

1. Fui informado do objetivo do tratamento, das possibilidades de complicações trans e pós-operatórias que possam aparecer ou desenvolver-se, os riscos envolvidos e os possíveis métodos alternativos do tratamento.
2. Entendo que não me foi dada nenhuma garantia dos resultados ou da cura.
3. Autorizo a providenciar serviços adicionais que acharem razoáveis e necessários para meu caso.
4. Havendo recebido todas as informações sobre o tratamento proposto e dado meu consentimento, concordo em isentar os profissionais envolvidos de quaisquer responsabilidades posteriores relativas à permissão para a realização do tratamento. Declaro ainda que as informações por mim prestadas em meu questionário de saúde são verdadeiras.
5. Permito a realização de documentação fotográfica do meu tratamento, quando necessárias para o avanço da ciência, que serão utilizadas unicamente com fins didáticos sem a identificação nominal do(a) paciente.
6. Eu, abaixo assino e autorizo o tratamento proposto.

Li este formulário cuidadosamente antes de assiná-lo, e tive a oportunidade de questionar os profissionais envolvidos a respeito do tratamento proposto.

Data 26/09/2019 Assinatura Lamirij Sumonda