

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**JOÃO VICTOR RIBEIRO OLIVEIRA
FERNANDA DE SOUZA FERNANDES**

**RECOBRIMENTO DAS RECESSÕES GENGIVAIS
MÚLTIPLAS: relato de caso clínico**

**PATOS DE MINAS
2018**

**JOÃO VICTOR RIBEIRO OLIVEIRA
FERNANDA DE SOUZA FERNANDES**

**RECOBRIMENTO DAS RECESSÕES GENGIVAIS
MÚLTIPLAS: relato de caso clínico**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a. Esp. Lilian de Barros

**PATOS DE MINAS
2018**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
Curso de Bacharelado em Odontologia

**JOÃO VICTOR RIBEIRO OLIVEIRA
FERNANDA DE SOUZA FERNANDES**

**RECOBRIMENTO DAS RECESSÕES GENGIVAIS MÚLTIPLAS: relato
de caso clínico**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, composta em 27 de novembro de 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: Prof.^a. Esp. Lilian de Barros
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.^o. Esp. Eduardo Moura Mendes
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.^a. Esp. Claudia Maria Oliveira de Andrade
Faculdade Patos de Minas

RECOBRIMENTO DAS RECESSÕES GENGIVAIS MÚLTIPLAS: relato de caso clínico

RECOVERY OF MULTIPLE GINGIVAL RECESSIONS: clinical case report

João Victor Ribeiro Oliveira ¹

Fernanda de Souza Fernandes ²

Lilian de Barros ³

¹ Graduando em Odontologia – Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil.

joaovictor.13@hotmail.com.

² Graduando em Odontologia – Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil.

fernandafernandes@hotmail.com.

³ Professora – Faculdade de Patos de Minas; Esp. em Cirurgia Bucomaxilofacial. Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil.

lilibarros@hotmail.com

Autor para correspondência:

Lilian de Barros

Rua Major Gote, 1408, Centro – Patos de Minas, MG.

CEP 38700-001 lilibarros@hotmail.com

RECOBRIMENTO DAS RECESSÕES GENGIVAIS MÚLTIPLAS: relato de caso clínico

RESUMO

A técnica de Zucchelli e De Sanctis consiste nas incisões intra-sulcular e oblíquas em direção aos defeitos da recessão, obedecendo a anatomia e respeitando as papilas, indo da crista óssea até que se obtenha mucosa queratinizada apicalmente. É indicada para casos em que há recessões múltiplas com necessidade de recobrimento radicular. A metodologia conta com uma busca nas principais bases de dados (SciELO, Pubmed, Lilacs), com corte temporal de 1985 a 2017, em língua portuguesa e inglesa. Os critérios de exclusão utilizados foram artigos fora do período selecionado, e com temática irrelevante. O objetivo do presente artigo é descrever um caso clínico realizado para solucionar problema de múltiplas recessões gengivais em dentes anteriores, 21, 22, 23 e 24, em paciente jovem, de sexo feminino, apta sistemicamente a ser tratada. O caso clínico foi avaliado como satisfatório, uma vez que solucionou o quadro de recessão gengival e proporcionou melhoria da qualidade de vida para a paciente.

Palavras-chave: Recessão gengival. Periodontia. Cirurgia.

ABSTRACT

Zucchelli technique and De Sanctis consists of intra-sulcular and oblique incision toward the recession defects, obeying and respecting the anatomy taste, ranging from bone Crest until keratinized mucosa apically. Is indicated for cases where there are multiple recessions with need of root coating. The methodology has a search in major databases (SciELO, Pubmed, Lilacs), with 1985 to 2017 time cutting, in English and Portuguese language. The exclusion criteria were articles outside of the selected period, and irrelevant-themed. The goal of this article is to describe a case held to troubleshoot multiple gingival recessions in anterior teeth,

21, 22, 23 and 24, in young patient, female, capable of being addressed systemically. The clinical case was rated as satisfactory, once solved the picture of Gingival recession and resulted in improvement of the quality of life for the patient.

Keywords: Gingival recession. Periodontics. Surgery.

INTRODUÇÃO

A cárie ainda é a principal doença que acomete a cavidade bucal; porém doenças periodontais vêm aumentando em níveis drásticos e, nem sempre, seus prognósticos têm sido favoráveis à reabilitação total do dente ou região. As recessões gengivais, com seus múltiplos fatores etiológicos, mostram-se como um dos principais problemas periodontais da atualidade. ⁽¹⁾

Recessão gengival caracteriza-se pela migração, em direção apical, da gengiva marginal que recobre a porção radicular dos dentes, deixando a mesma descoberta. Esse é um problema muito rotineiro na clínica odontológica, onde o paciente, em muitos casos, vai queixar-se de hipersensibilidade, além do comprometimento estético na região. ^(1,2)

Diversas técnicas podem ser associadas para tratar cirurgicamente os casos de recessão gengival, como o enxerto gengival livre por técnica direta e indireta e o recobrimento radicular por livre extensão de gengiva adjacente. A técnica de Zucchelli para recobrimento radicular de recessões gengivais é uma alternativa bastante eficaz para se tratar casos de recessão gengival em múltiplos dentes. ⁽²⁾

Na técnica de Zucchelli e De Sanctis, inicia-se com incisões intra-sulculares e oblíquas em direção aos defeitos da recessão, obedecendo a

anatomia e respeitando as papilas. Posteriormente o retalho é rebatido da crista óssea em direção apical até que se tenha um ganho de mucosa queratinizada com o retalho em espessura total. O tecido é reposicionado, proporcionando recobrimento radicular e suturado finalmente. ⁽³⁾

As recessões se classificam de acordo com suas características, como extensão e profundidade. A categoria 1 se remete às recessões estreitas e rasas, normalmente em períodos iniciais. A categoria 2 se refere às recessões largas e rasas; enquanto que a categoria 3 engloba as recessões estreitas e profundas e a categoria 4, as recessões largas e profundas. No entanto, a classificação foi redefinida por Miller, uma vez que essa primeira encontrava muitas definições incorretas e pouco ampla⁽⁶⁾.

A classificação mais correta deve fazer uma relação entre as recessões e o osso alveolar, no seu nível. A recessão classe I de Miller não apresenta perda óssea na região interproximal; e a recessão se encontra antes da linha mucogengival. Na classe II, estão os casos com ausência de perda óssea na recessão interproximal, no entanto, a recessão ultrapassa a linha mucogengival. A classe III é caracterizado pelas perdas ósseas horizontais e com deslocamento apical das papilas. Já na classe IV, a perda óssea acompanha as papilas e os séptos ósseos acompanham as papilas. ⁽⁶⁾

O tratamento também vai acompanhar as classificações, como por exemplo, as classes I e II que possuem um prognóstico melhor para recobrimento radicular. O prognóstico vai diminuindo à medida que a classe

aumenta, ou seja, as classes III e IV terão menor chance de ter recobrimento radicular. (5, 6, 7)

As técnicas cirúrgicas preconizadas na Periodontia para o tratamento de recessões gengivais múltiplas existem para devolver funcionalidade, saúde e estética para o paciente; protegendo, assim, periodonto e dente. A escolha pela técnica adequada para cada caso vai depender da preferência do profissional, bem como da habilidade que este possui em desempenhar a técnica e, também, a classificação das recessões. (8)

Quando se fala em etiologia das recessões gengivais, a presença do biofilme dentário é um dos principais fatores envolvidos e, mesmo que possa quase sempre detectar a sua presença em áreas com recessão gengival, a condição se apresenta como multifatorial. (2,9)

A explicação dos fatores predisponentes para a recessão gengival, inclui o traumatismo resultante da escovação, o trauma oclusal, inserção alterada do freio labial, as próprias características anatômicas dos dentes e das condições da gengiva e mucosa bucal. (1)

Tal condição clínica, segundo levantamento na literatura, tem indicação de tratamento quando: provoca hipersensibilidade dentinária, compromete a estética; prejudicando o bem-estar do paciente, desenvolve cáries na região cervical, quando há indicação ortodôntica ou quando é difícil manter a higienização da região para controle da placa bacteriana. (5,9)

O objetivo desse presente trabalho é relatar um caso clínico de recessão gengival múltipla, tratado na Clínica Odontológica da Faculdade Patos de Minas, por meio de técnica de recobrimento radicular.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 23 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontologia da Faculdade Patos de Minas, queixando-se de sensibilidade radicular e comprometimento estético em determinados dentes. Ao exame clínico observou-se que a paciente apresentava múltiplas recessões gengivais de classe I de Miller, envolvendo os elementos dentários 21, 22, 23 e 24, decorrentes de um trauma oclusal (fig. 1). A paciente não apresentava nenhum comprometimento sistêmico, não era tabagista e nem etilista, de acordo com dados captados na anamnese. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o trabalho foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Patos de Minas – FPM e aprovado sobre o CAAE: 91566218.7.0000.8078 cumprindo as normas da Resolução da CONEP nº 466/12. Foi feita avaliação clínica e radiográfica e optou-se pela realização de recobrimento radicular por meio da técnica de Zucchelli e ajuste oclusal, após 10 dias, dos elementos 23, 24, 25, 33, 34 e 35 para eliminação do fator etiológico das recessões.

Figura 1- Imagem das recessões gengivais no 1º atendimento



No período pré-operatório, a paciente foi medicada com dexametasona 4mg, dois comprimidos, 1 hora antes do procedimento, para prevenção do edema pós-operatório. Foi realizada a anestesia por meio de bloqueio dos nervos infraorbitários, utilizando anestésico Lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, marca comercial Alphacaine 100. Posteriormente, elegeu-se o elemento 23 como referência para iniciar as incisões, pois este era o que apresentava maior recessão gengival (fig. 2).

Figura 2 - Sondagem das recessões gengivais



A técnica preconiza incisões paramarginais cujo objetivo é a formação de uma papila anatômica e outra cirúrgica, que permitirá uma cicatrização por primeira intenção após a sutura. Inicialmente realizou-se marcações utilizando sonda milimetrada para direcionar as incisões paramarginais.

No elemento 23, a marcação foi feita da ponta de ambas as papilas até a marca de 4mm (3mm de recessão e 1mm de sulco). As incisões paramarginais foram realizadas com lâmina 15C da marca SOLIDOR, da margem dos elementos 22 e 24 em direção a marcação de 4mm feita no elemento 23 (fig. 3).

Figura 3 - Marcação das papilas



No incisivo lateral, elemento 22, a marcação foi feita da ponta da papila até a marca de 2mm (1 mm de recessão e 1mm de sulco), apenas na papila mesial, uma vez que a distal já havia sido incisada. Uma terceira incisão paramarginal foi realizada da margem do elemento 21 até a marcação de 2mm realizada no elemento 22. No elemento 24, a marcação foi feita na ponta da papila até a marca de 3mm (2mm de recessão e 1mm de sulco), apenas na papila distal. A quarta incisão paramarginal foi realizada da margem do elemento 25 até a marcação do elemento 24.

Para complementar as incisões paramarginais, foram realizadas incisões sulculares para obtenção do retalho (fig. 4).

Figura 4 - Incisões sulculares e paramarginais



Após a divisão do retalho na região das papilas, partiu-se para o descolamento total (região do retalho que recobrirá a raiz), estendendo-o além da linha mucogengival.

A técnica preconiza que o retalho seja dividido-total-dividido. Uma incisão paralela ao osso, relaxante interna, foi realizada posteriormente até o fundo do vestibulo, dividindo o periósteo e, resultando em maior mobilidade do retalho. Finalizando, realizou-se uma incisão superficial paralela ao retalho, com o intuito de soltar as fibras musculares que ainda impediam a total mobilidade do mesmo.

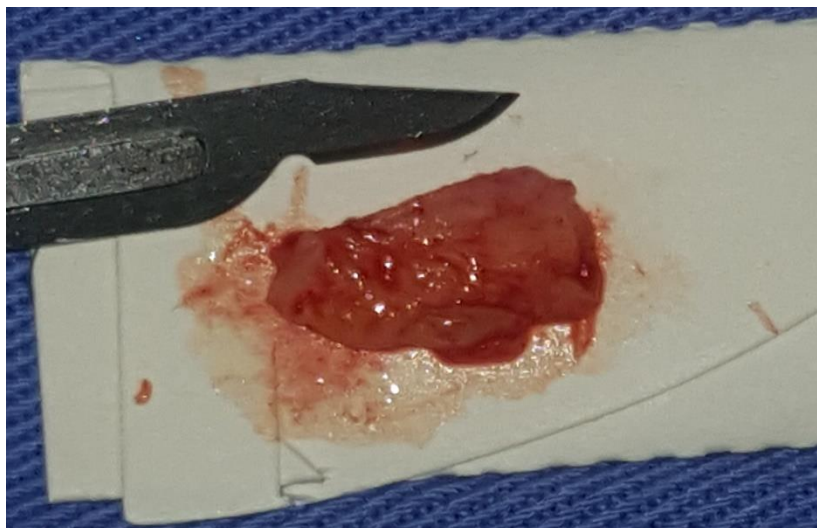
Figura 5 - Descolamento e elevação do retalho até a margem cervical dos dentes



Para a retirada do enxerto de conjuntivo do palato, utilizou-se a técnica do alçapão, com anestesia do nervo palatino maior esquerdo utilizando anestésico lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000 da marca Alphacaine 100.

Uma incisão linear de 15mm, perpendicular ao osso, foi realizada 3mm abaixo da margem, na distal do elemento 25, estendendo-se até o elemento 23. Posteriormente, mudou-se a direção da lâmina para 45° separando o epitélio do conjuntivo, com profundidade de 5mm (fig. 6).

Figura 6 - Remoção de conjuntivo para enxerto



Realizou-se descolamento total para separar o conjuntivo do osso, e o enxerto foi liberado por incisões na sua base e em suas laterais.

Para a síntese do palato foi realizada a sutura em x quadrado (fig. 7)

Figura 7 – Sutura em X na região do palato



Antes de suturar o enxerto na área receptora, foram realizadas desepitelização das papilas anatômicas e descontaminação da raiz por raspagem e alisamento radicular, preservando-se a inserção conjuntiva.

Por fim, o enxerto foi levado em posição e suturado na área receptora. O retalho foi deslocado coronalmente e colocado em posição a com sutura do tipo suspensório simples, utilizando fio de sutura 5-0 da marca PROCARE, para estabilização do retalho. (fig. 8)

Figura 8 - Sutura final



A paciente recebeu as orientações sobre os cuidados necessários e foi feita a prescrição de Amoxicilina 500mg, de 8 em 8 horas durante 7 dias, e dipirona sódica 500mg de 6 em 6 horas, por 3 dias. Após dez dias, a paciente retornou para remoção das suturas, apresentando uma boa cicatrização.

Figura 7 - Pós operatório de 1 mês



Figura 8 - Pós operatório de 3 meses



Foi realizado o acompanhamento pós-operatório com 1 mês (fig. 9) e 3 meses (fig. 10).

DISCUSSÃO

A Academia Americana de Periodontia conceituou em 1992 o termo recessão gengival para a condição onde o limite da gengiva migrava em direção à junção amelocementária do dente, deixando exposta uma faixa de porção radicular. Para tal quadro clínico, seguiu-se pesquisas e testes de possíveis causas e tratamentos para o assunto e, atualmente, a literatura é vasta em ambas as áreas. (7, 12)

A perda da estética e função provocada por essa migração na região de gengiva, principalmente por envolver papilas, causa graves danos ao paciente. A escolha pelo tratamento deve, então, obedecer aos aspectos clínicos e radiográficos envolvidos no caso. A técnica de recobrimento radicular de Zucchelli e De Sanctis promove um relaxamento de retalho que contorna as papilas suficiente para recobrir porção radicular exposta e manter a estética da região. (8, 4)

Zucchelli tratou 73 recessões gengivais múltiplas em seu estudo, com diversos graus de profundidade e comprometimento e, um número médio de 3 recessões por paciente. Observou, ao final de 1 ano que, estatisticamente houve um recobrimento de 97% da porção radicular dos casos tratados pela sua técnica. Outro achado bastante significativo do estudo foi a observação de recobrimento total da raiz em 16 dos 22 pacientes, com formação de tecido queratinizado. (3)

As técnicas cirúrgicas para recobrimento radicular possuem particularidades que vão ser decisivas para a escolha do tratamento de cada caso, uma vez que cada uma preconiza um formato cirúrgico. São conhecidas

para o recobrimento radicular de recessões múltiplas, a Técnica de Bruno, a Técnica de Zucchelli e De Sanctis e de Langer e Langer ^(8, 12)

Tanto na técnica de Bruno quanto na técnica de Zucchelli e De Sanctis, a intenção é conseguir com que o relaxamento do retalho adjacente seja suficiente para recobrir a porção radicular das áreas de recessão gengival. O fator que diferencia mais uma técnica da outra é a posição em que o retalho é suturado após ser posicionado. Na técnica de Bruno, não se respeita as papilas; ou seja, sutura-se onde o retalho parou; pois as incisões são horizontais na altura da junção cimento esmalte, desfavorecendo a manutenção das papilas. ^(2, 10)

Já a técnica conhecida como Zucchelli e De Sanctis, veio para proporcionar mais estética à cirurgia, uma vez que preconiza a realização de incisões oblíquas, ou seja, respeitando o formato das papilas e, realizando o seu contorno e proporcionando, como resultado, a formação de novas papilas, chamadas papilas cirúrgicas. ^(5, 11)

Outra técnica que se diferencia do caso citado é a técnica de Langer e Langer, que obedece a realização de uma incisão horizontal e outra relaxante, o que aumenta o campo operatório; dificultando o pós cirúrgico, podendo até mesmo comprometer o suprimento sanguíneo da região. ⁽⁷⁾

Para tratar os casos de recessão gengival, várias técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas, uma vez que a literatura cita até mesmo a combinação de mais de uma técnica para se conseguir o recobrimento radicular em dentes com recessão gengival. ⁽⁴⁾

As técnicas vão desde retalhos simples até técnicas combinadas com enxertos gengivais de tecido mole e uso de biomateriais. A previsibilidade do tratamento com qualquer técnica cirúrgica ainda é difícil de avaliar, uma vez que irá depender da condição clínica de cada paciente. (1,2,9)

Uma das opções mais utilizadas para tratamento de casos de recessão gengival é o recobrimento radicular por meio de retalho de reposicionamento coronal, combinado com enxerto de tecido conjuntivo. A técnica cirúrgica é vantajosa para paciente e para o clínico, consistindo em anestesia local e incisão lateral, com preservação das papilas. A dissecação do tecido envolvido no retalho é estendida em direção à recessão, a fim de recobrir totalmente a porção radicular, removendo o epitélio remanescente das extremidades e, para finalizar realiza-se a sutura do retalho. (5)

Uma das vantagens mais relevantes do recobrimento radicular por meio de retalho e enxerto, além de uma certa previsibilidade do tratamento, é a obtenção de bons resultados estéticos. A cicatrização ainda é uma etapa que merece destaque, porque, em uma semana, após a cirurgia já percebe-se grande união de fibras entre retalho e tecido adjacente. (4)

Tanto as técnicas de Zucchelli e De Sanctis, quanto a técnica de Bruno ou Langer e Langer, conseguem contribuir de modo significativo para o tratamento e bom prognóstico de lesões de recessão gengival múltiplas. (3)

Após a avaliação clínica e radiográfica no caso clínico relatado neste trabalho, a técnica de Zucchelli foi a escolhida para o recobrimento das recessões múltiplas por ser de fácil execução e, por apresentar várias vantagens

como por exemplo, o recobrimento satisfatório dessas recessões, boa cicatrização pós-operatória e preservação das papilas interdentais quando a técnica é realizada corretamente.

CONCLUSÕES

O tratamento de recessões gengivais com ou sem presença de lesões cervicais não cariosas deve ser planejado com cautela, considerando sempre os fatores etiológicos referentes à patologia e, procurando tratar cada complicação em seu tempo, a fim de conseguir um quadro de estabilização e recuperação total do problema.

Concluiu-se que o caso clínico mencionado nesse trabalho obteve, como resultado, o tratamento eficiente do problema de recessões gengivais múltiplas, proporcionando conforto e satisfação para a paciente por meio do recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli.

REFERÊNCIAS

1. Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco WA. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. R Dental Press Ortodon Ortop Facial 2006, 11(6): 45-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/dpress/v11n6/a07v11n6.pdf>
2. Paredes SO, Silva VC, Pereira AF, Pereira ALA. Estudo das recessões gengivais em pacientes adultos atendidos na Faculdade de Odontologia da UFMA: Etiologia, Prevalência E Severidade. R. Periodontia 2008, 18(1): 85-91. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/>

3. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. J Periodontol. 2000;71(9):1506-14.
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11022782>
4. Aroca S, Molnar B, Windisch P, Gera I, Salvi GE, Nikolidakis D, Sculean A. Treatment of multiple adjacent Miller Class I and II gingival recessions with a Modified Coronally Advanced Tunnel (MCAT) technique and a collagen matrix or palatal connective tissue graft: a randomized, controlled clinical trial. J Clin Periodontol 2013, 40(1): 713-720. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/266767051_Treatment_of_multiple_recessions_with_MucograftR_or_connective_tissue_graft
5. Bezerra DA. Técnicas para recobrimento de recessão. REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA *online* 2016, 5(1): 99-108. Disponível em: www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php
6. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. Int J Perio Res Dent 1985, 5(2): 9-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3858267>
7. Lacerda AC, Alves ACB, Rocha PG, Menezes SAF. Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis. RGO – Revista Gaúcha Odontol 2011, 59(2): 313-317. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-86372017000200174&script=sci_abstract&tlng=pt

8. Almeida AMF, Carvalho EMC, Ribeiro EDP, Souza BG. Recessões gengivais e lesões cervicais não cariosas: relato de caso clínico. Braz J Periodontol 2015, 25: 39-45. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2015/marco>
9. Rosado AEA. Técnicas Cirúrgicas no Tratamento de Recessões Gengivais. Dissertação Mestrado Integrado em Medicina Dentária 2015, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/25502/1>.
10. Dangelo GG, Gonçalves RBS, Gusmão ES, Milhomens Filho JA, Santos RL, Jovino RC. Ocorrência clínica das recessões gengivais em adultos: etiologia e classificação. Rev Bras Cir Periodontia 2003, 1(2): 98-102. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/marco2008/artigo13.pdf>
11. Frota CSN, Negreiros WA, Mello AC. Estética e função: um retorno aos conceitos básicos: caso clínico. RGO, Rev. Gaúch. Odontol. [online] 2017, 65(2):174-179. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-86372017000200174>

12. Pinto FR, Menezes KM, Costa AN, Ciotti DL, Moranza TA, Vasconcelos TC. Enxerto de tecido conjuntivo em paciente com implante dentário na região anterior - caso clínico. Rev Assoc Paul Cir Dent 2014;68(2):106-11. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf>

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, _____ de _____ de _____.

Nome do Orientando

Nome do Orientador

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, _____ de _____ de _____.

Nome do Orientando

Nome do Orientador

DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA

Eu _____,
matriculado sob o número _____ da FPM, DECLARO que
efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de
Defesa Pública do meu TCC intitulado:

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas
Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical
exigida no Curso de Graduação em
_____ da Faculdade Patos de
Minas.

Assinatura do Aluno Orientando

Graduando Concluinte do Curso

DECLARO, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está

AUTORIZADO a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

Professor(a) Orientador(a)

DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA

Eu _____,
matriculado sob o número _____ da FPM, DECLARO que
efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de
Defesa Pública do meu TCC intitulado:
E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas
Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical
exigida no Curso de Graduação em
_____ da Faculdade Patos de
Minas.

Assinatura do Aluno Orientando

Graduando Concluinte do Curso

DECLARO, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está

AUTORIZADO a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

Professor (a) Orientador (a)