

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

**LETÍCIA ALVES DOS SANTOS TOLENTINO
LETÍCIA NEVES BENFICA**

**LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS:
REVISÃO DE LITERATURA**

**PATOS DE MINAS
2018**

**LETÍCIA ALVES DOS SANTOS TOLENTINO
LETÍCIA NEVES BENFICA**

**LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS:
REVISÃO DE LITERATURA**

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes

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

LETÍCIA ALVES DOS SANTOS TOLENTINO
LETÍCIA NEVES BENFICA

LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS: REVISÃO DE LITERATURA

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, composta no dia 08 de Novembro de 2018.

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

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes

Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof^º. Dr. José Jorge Vianna Júnior
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof^ª. Dra. Aletheia Moraes Rocha
Faculdade Patos de Minas

LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS: REVISÃO DE LITERATURA

POTENTIALLY MALIGNANT ORAL INJURIES: REVIEW OF LITERATURE

Letícia Alves dos Santos Tolentino ¹

Letícia Neves Benfica ²

Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes ³

¹ Aluna de graduação do curso de Odontologia, Faculdade Patos de Minas, cidade Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: alvessantosleticia25@gmail.com.

² Aluna de graduação do curso de Odontologia, Faculdade Patos de Minas, cidade Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: leticiabenfica@hotmail.com.

³ Professora titular da Faculdade Patos de Minas - FPM, Doutorado em Clínica Odontológica Integrada pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil e E-mail: cizelene@hotmail.com.

Autor para correspondência:

Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes, Faculdade Patos de Minas, Rua Major Gote, 1901 e E-mail: cizelene@hotmail.com e fone: (34) 999925009.

LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS: REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

As lesões orais potencialmente malignas têm por definição serem alterações teciduais das quais ao evoluírem podem se transformar em lesões malignas como o carcinoma de células escamosas e um diagnóstico precoce favorece o prognóstico para o paciente. As lesões mais encontradas na cavidade oral são as Leucoplasias, Leucoplasias Verrucosa Proliferativa, Eritroplasia e Queilite Actínica. Os principais fatores de risco a elas associadas são o tabaco, consumo abusivo de álcool e exposição aos raios ultravioletas. Este estudo tem como objetivo fazer uma revisão de literatura acerca das lesões potencialmente malignas da cavidade oral, expondo suas características clínicas, diagnósticos e tratamento. Foi realizada uma busca na literatura, nas bases de dados Cielo/ Lilacs/ Bireme/ Medline/ Pubmed no período de 2006 a 2017, utilizando as seguintes palavras-chave: “lesões potencialmente malignas” “câncer oral”, “leucoplasia” “eritroplasia” e “queilite actínica”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Dos trabalhos encontrados, 18 foram utilizados para esta revisão de literatura narrativa.

Palavras-chaves: Lesões potencialmente malignas. Câncer oral. Leucoplasia. Eritroplasia. Queilite Actínica.

ABSTRACT

Potentially malignant oral lesions are, by definition, tissue changes from which they may evolve into malignant lesions such as squamous cell carcinoma, and an early diagnosis favors the patient's prognosis. The most common lesions found in the oral cavity are Leukoplakia, Proliferative Verrucous Leukoplakia, Erythroplasia and Actinic Cheilitis. The main risk factors associated with them

are tobacco, abuse of alcohol and exposure to ultraviolet rays. This study aims to review the literature on potentially malignant lesions of the oral cavity, exposing its clinical characteristics, diagnosis and treatment. A search was made in the literature, in the Cielo / Lilacs / Bireme / Medline / Pubmed databases from 2006 to 2017, using the following keywords: "potentially malignant lesions" "oral cancer", "leukoplakia" "erythroplasia" and "actinic cheilitis", in Portuguese, English and Spanish. Of the works found, 18 were used for this review of narrative literature.

.
Key Words: Potentially malignant lesions. Oral cancer. Leukoplakia. Erythroplasia. Queilite Actinic.

INTRODUÇÃO

Lesões potencialmente malignas (LPM) têm sido definidas como um tecido morfológicamente modificado. A maior parte das neoplasias deriva de lesões potencialmente malignas que podem estar presentes na cavidade oral há muito tempo, as quais não foram notadas pelo paciente ou até mesmo pelos profissionais por falta de conhecimento sobre as lesões e de seus fatores etiológicos. Os cânceres da cavidade oral têm sido um dos problemas de saúde mais importantes da atualidade, pois tem aumentado significativamente nas últimas décadas sendo considerado o oitavo câncer mais comum em todo o mundo (1,2).

As LPM não possuem uma prevalência definida entre a população, pois estão associadas a fatores ambientais e comportamentais, mas geralmente se manifestam por volta dos 40 anos de idade, tendo uma maior incidência no sexo masculino. Alguns agentes causadores de neoplasias estão também ligados ao aparecimento das lesões potencialmente malignas, como por exemplo, a exposição excessiva aos raios ultravioletas (UV), alcoolismo, tabagismo, infecções pelo vírus do HPV, principalmente o tipo 16 e 18 e fatores genéticos (1,2,3).

As lesões orais potencialmente malignas mais encontradas são Leucoplasia, Eritroplasia e Queilite Actínica. A leucoplasia pode ser definida como uma mancha ou placa branca podendo ser lisa, áspera ou verrucosa. A eritroplasia por sua vez apresenta na forma de mancha ou placa, mas é eritematosa. E a queilite actínica em sua grande maioria afeta o lábio inferior apresentando

como manchas ou placas brancas ou avermelhadas, podendo apresentar áreas com ulcerações e crostas (2,3,4).

Foi realizada uma revisão de literatura de forma narrativa por meio das bases de dados online: Cielo/ Lilacs/ Bireme/ Medline/ Pubmed. Foram utilizados como filtro, “artigos”, “idioma”, “português”, “inglês” e “espanhol” no período 2006 a 2017. Foram utilizados 18 trabalhos que demonstravam a importância do conhecimento tanto do profissional Cirurgião-Dentista quanto de seus pacientes sobre as lesões potencialmente malignas para que ocorra um diagnóstico precoce.

REVISÃO DE LITERATURA

LEUCOPLASIA

É uma lesão que se apresenta em forma de manchas ou placas brancas na mucosa bucal, não sai quando raspada, não possui causas definidas, porém em alguns estudos ela vem associada a alguns fatores etiológicos como o consumo do tabaco, álcool, exposição solar, diabetes e infecções da cavidade oral (1,4,5,6).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a primeira definição para a Leucoplasia oral em 1978, definindo-a como uma mancha ou placa branca que não pode ser identificada clínica ou patologicamente como nenhuma outra lesão branca (4,5,7).

A leucoplasia pode ser dividida em dois grupos: as leucoplasias homogêneas e as leucoplasias não-homogêneas. A leucoplasia homogênea apresenta placas finas, esbranquiçadas, podendo apresentar fendas superficiais lisas, enrugadas ou cheias de rugas, sua textura é firme com bordas bem ou mal delimitadas. A leucoplasia não-homogênea caracteriza por manchas ou placas brancas misturadas a manchas vermelhas com aspecto firme, com formas e tamanhos variáveis e tem maior potencial de transformação maligna que a homogênea (4,5,7).

A leucoplasia acomete mais homens acima de 40 anos e pode iniciar em qualquer área da cavidade oral, como lábios, mucosa jugal, palato, assoalho de boca e língua. As lesões na língua, lábios e assoalho bucal possuem maior índice de transformação maligna, por isso merecem um maior cuidado (5,8,9).

O diagnóstico da leucoplasia é baseado pela combinação do histórico do paciente, aspectos clínicos e histopatológicos e é feito por exclusão, pois muitas lesões são clinicamente semelhantes a elas como, por exemplo, o leucoedema, candidíase, hiperkeratose, nevo branco esponjoso, líquen plano. Todas as lesões leucoplásicas devem ser submetidas a uma biópsia para fazer o diagnóstico diferencial com outras patologias incluindo o carcinoma (1,5,7).

Microscopicamente estas lesões leucoplásicas possuem várias alterações apresentando com espessamento da camada mais externa da pele ou atrofia epitelial, na submucosa pode ocorrer um processo inflamatório crônico e a sua intensidade geralmente associa-se ao grau de contaminação tecidual. A displasia epitelial está associada a três classes: leve, moderada e grave. A grave já pode considerar como um carcinoma in situ onde há um envolvimento

displásico em toda espessura do epitélio sem o rompimento da membrana basal (5,7).

A análise histopatológica da lesão nos auxilia a identificar o grau de displasia quando este se faz presente e a lesão pode apresentar áreas com presença de hiperqueratose com displasia, carcinoma, paraqueratose ou hiperqueratose sem displasia (1,2,5).

O tratamento será de acordo com a análise histopatológica, assim, em casos que não há presença de displasia ou ocorre de forma leve o tratamento será conservador através de acompanhamento clínico da lesão no período de seis em seis meses. Já em casos de lesões moderadas e gravemente displásicas será feita a excisão cirúrgica da lesão devido ao alto índice de transformação maligna (4,5,7).

A leucoplasia pode se apresentar também como Leucoplasia Verrucosa Proliferativa (LVP) que é uma lesão contendo placa branca, aspecto verrucoso com tamanhos variáveis, de crescimento lento e que não se solta quando raspado, possui uma característica biológica mais agressiva com maior potencial de transformação maligna que as leucoplasias comuns em torno de 60 a 100% dos casos (10,11).

A LVP acomete mais o sexo feminino, pacientes não tabagistas, na faixa etária acima de 60 anos de idade sendo os locais mais acometidos a gengiva e a mucosa alveolar. Histopatologicamente é observado um epitélio hiperplásico e com aspecto verrucoso e com vários graus de displasia até carcinoma verrucoso e carcinoma de células escamosas. Possuem grande taxa de recorrência sendo bastante resistente a modalidades terapêuticas como

ressecção cirúrgica, ablação a laser e uso de ácido retinóico. Normalmente a lesão ocupa uma vasta área na cavidade oral impossibilitando a remoção total da lesão para o estudo anatomopatológico. Fazem-se necessárias biópsias guiadas pelos exames clínicos nas áreas vegetantes e eritroplásicas com alterações para detecção precoce de transformação maligna (10,11,12).



Maia et al, 2016

ERITROPLASIA

A eritroplasia é uma lesão em forma de mancha ou placa de cor vermelha que não sai quando raspada, é assintomática e não apresenta sinais de inflamação. É bem delimitada, de tamanho variável podendo ter de milímetros até centímetros de extensão, com aspecto aveludado e macio e quando apresenta áreas rígidas geralmente é indicativo de carcinoma invasivo associado (5,8,9).

Para o diagnóstico deve-se levar em consideração a presença ou não de etiologia inflamatória e traumática. É uma lesão menos comum que a leucoplasia, mas possui um maior índice de transformação maligna, podendo

ser considerada uma das lesões potencialmente malignas com a maior taxa de transformação para carcinoma (12,13,14).

Acomete principalmente o sexo masculino numa faixa etária de 55 a 74 anos e os locais mais acometidos são o assoalho bucal e borda lateral de língua, mas também pode acometer os demais locais da cavidade oral (lábio, palato e mucosa jugal). Quando presentes em região retromolar e palato mole podem manifestar-se em forma de múltiplas lesões (2,7).

Microscopicamente apresenta alto grau de irregularidade tecidual e na maioria das vezes apresenta carcinoma in situ associado, apresentando também atrofia do epitélio com alteração do grau de atipia e falta de queratinização. Evidencia-se na microcirculação adjacente um aspecto avermelhado devido a uma inflamação crônica nas áreas adjacentes ao tecido conjuntivo (2,15).

Cerca de 90% destas lesões apresentam com displasia epitelial severa, carcinoma in situ e carcinoma de células escamosas. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com as lesões vasculares, candidoses, mucosites e sarcoma de kaposi (15). Os fatores etiológicos relacionados são o consumo de tabaco e álcool (4,5,12).

A primeira opção de tratamento é a eliminação dos fatores irritativos locais para se observar se haverá a remissão da lesão. As lesões que persistirem após 14 dias deverão ser submetidas a uma biópsia para a conclusão do diagnóstico e não havendo presença de displasia o paciente deve manter acompanhamento de 6 em 6 meses para demais avaliações e se necessário realização de biópsias. Já no caso de presença de displasia o

tratamento irá depender do grau de alteração da lesão. Em alguns casos usa-se como opção de tratamento a utilização do ácido retinóico, mas o mesmo não possui eficácia comprovada (5,7,15).

Deve-se ficar atento aos casos que se utiliza como tratamento a laserterapia (criocirurgia e eletrocirurgia), pois não permitem realizar o exame patológico. A melhor opção terapêutica é a excisão cirúrgica com a remoção completa da lesão, respeitando a margem de segurança adequada ao padrão microscópico demonstrado na biópsia. Não se descarta as chances de recidivas por ser uma lesão com grande potencial de transformação maligna, por isso necessita-se acompanhar o paciente para prevenção, como por exemplo, exames do trato aerodigestivo superior e orientar o paciente a não fazer uso de tabaco e álcool (15,7).



Cedida por Prof. Duriguetto Júnior, AF

QUEILITE ACTÍNICA

Pode ser definida como uma lesão potencialmente maligna advinda de uma inflamação, que acomete com frequência o lábio inferior, manifestando-se mais em homens que trabalham mais expostos à radiação solar, como por exemplo, em agricultores e pescadores, pessoas de pele clara e com rara ocorrência em

peessoas melanodermas, pois a melanina da pele age como um tipo de protetor. O principal fator etiológico é a exposição prolongada aos raios UV, porém o consumo do tabaco também está relacionado com esta patologia. (3,16).

Clinicamente apresentam como manchas brancas e/ou vermelhas podendo ter áreas ulceradas ou com descamação, ressecamento e atrofia do vermelhão do lábio com áreas eritematosas irregulares que podem causar uma perda do contorno labial ou presença de áreas hiperqueratóticas que podem evoluir para erosão, fissuras ou vesículas (5,15).

A maioria dos carcinomas de lábio provém a partir desta lesão, e a evolução pode levar cerca de 20 a 30 anos; no entanto em pacientes com idade acima de 50 anos, de pele clara, fumante e com histórico de exposição solar prolongada este tempo de evolução pode ser menor. Os pacientes queixam-se de ressecamento e sensação de ardência, queimação, descamação e dificuldade de mover o lábio o que provoca um sangramento espontâneo. Pode se manifestar nas formas aguda e crônica. A forma aguda afeta pessoas mais jovens e é mais comum no verão e pode ser caracterizada por surgimento de edema, vermelhidão, presença de vesículas, bolhas e até mesmo crostas. A sua forma crônica afeta pessoas acima de 40 anos em qualquer época do ano e pode ser caracterizada pela elevação do lábio inferior até a comissura com alterações de cor e perda de elasticidade (9,16).

Alguns estudos notaram que cerca de 29% das lesões possuem aspecto branco não ulcerado, 23% são brancas e erosivas e 18% são ulceradas ou erosivas (5,9).

Outros estudos notaram a associação da queilite actínica com o carcinoma de células escamosas de lábio, por haver presença de elastose solar e alterações histológicas sugestivas de queilite actínica crônica na maioria dos casos de carcinoma de células escamosas de lábio (16,17).

Microscopicamente pode ser observada uma atrofia do epitélio, hiperqueratose e displasia que pode ser leve, moderada e severa e no tecido conjuntivo promove uma desidratação das fibras colágenas causando uma elastose solar e degeneração do tecido conjuntivo subepitelial (15,18).

O profissional de saúde deve sempre realizar uma biópsia incisional ou excisional para constatar a presença ou não de atipias ou de uma possível evolução da lesão para carcinoma, pois cerca de 17% dos casos pode sofrer transformação maligna. Os sinais mais notados na transformação são áreas elevadas e infiltradas, áreas eritematosas aveludadas ou placas de hiperqueratose (5,17,19).

Deve ser feito diagnóstico diferencial com o carcinoma de células escamosas, leucoplasias, eritroplasias, líquen plano, lúpus eritematoso, queimaduras, queratoacantomas, herpes labial recorrente, ressecamento labial e queilite irritativa (3,15).

Como tratamento, o paciente deve fazer o uso de protetor solar e protetor labial, usar chapéus, bonés e diminuir a exposição aos raios ultravioletas sem proteção e suspender completamente o uso do tabaco. Pode ser feito também o uso de pomadas de corticoides tópicos na tentativa de ajudar na diminuição desta lesão, caso a lesão não regrida após 15 dias deve-se realizar uma biópsia. O tratamento de escolha em casos em que o exame histopatológico

mostra atipias epiteliais deve ser a vermelhectomia que é a remoção total ou parcial do lábio e o paciente deve ser acompanhado por longo prazo (7,18).



Guedes,CCFV

CONCLUSÕES

O cirurgião dentista deve fazer um exame clínico minucioso e ter o conhecimento adequado sobre as lesões potencialmente malignas, como a leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica, pois estas podem evoluir para um câncer oral e o diagnóstico precoce contribui para que o prognóstico seja mais favorável e proporcione melhor qualidade de vida ao paciente. Das lesões citadas, a eritroplasia embora seja menos frequente, se destaca devido a seu maior potencial de transformação maligna.

Assim, a prevenção ainda continua sendo o maior aliado no controle destas lesões, pois o consumo do tabaco e do álcool torna-se um dos principais fatores causadores juntamente com a exposição excessiva e sem proteção aos raios ultravioletas. E é de fundamental importância o acompanhamento dos pacientes diagnosticados com lesões potencialmente malignas.

REFERÊNCIAS

1. Maia HCM, Pinto NAS, Pereira JS, Medeiros AMC, Silveira EJD, Miguel MCC. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein*.2016;14(1):35-40. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000100035
2. Shih-Wei Y, Yun-Shien L, Liang-Che C, Cheng-Hwang C, Cheng-Ming L, Tai-An C. Clinical characteristics of narrow-band imaging of oral erythroplakia and its correlation with pathology. *BMC Câncer*.2015;15:406-415. Available in: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-25975717>
3. Osorio CH, Palma BF, Velásques RC. Queilitis actínica: aspectos histológicos, clínicos y epidemiológicos. *Rev Cuba Estomatol*.2016;53(2):45-56. Available in: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-784995>
4. Villa A, Woo SB. Leukoplakia—A Diagnostic and Management Algorithm. *American Association of Oral Maxillofacial e cirurgiões J Oral Maxillofac Surg*.2016;75:723-734. Available in: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-27865803>
5. Martins RB, Giovane EM, Villalba H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. *Ver Inst Ciêno Saude*.2006;26(4):467-76. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2008/v26n4/a1748.pdf>
6. Waal IV. Oral potentially malignant disorders: Is malignant transformation predictable and preventable. *Med Oral Oral Patol Sir Bucal*.2014;19(4):386-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119315/pdf/medoral-19-e386.pdf>
7. Silva AT, Rezende SE. Lesões potencialmente malignas da cavidade oral: revisão de literatura. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*.2016;45(2):64-71.

Disponível em: <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2016/07/RevSBCCP-45-2-Artigo08.pdf>

8. Silva CC, Amaral B, Bulhosa JF. Carcinoma Espinocelular da Língua – Fatores de Risco e Importância do Reconhecimento de Lesões Pré-Malignas. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.*2010; 51:49-55. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646289010700856>
9. Silveira EJD, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Patol Med Lab.*2009;45(3):233-238. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-523355>
10. Irani S. Pre-Cancerous Lesions in the Oral and Maxillofacial Region: A Literature Review with Special Focus on Etiopathogenesis. *Irã J Pathol.* 2016;11(4):303-322.
Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5563928/>
11. Capella DL, Gonçalves JM, Abrantes AAA, Grando LJ, e Daniel FI. Proliferative verrucous leukoplakia: diagnosis, management and current advances. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2017;83(5):585---593.
12. Hosni SE, Salum GF, Cherubini K, Yurgel SL, Figueiredo ZAM. Eritroplasia e Leucoplasia oral: análise de 13 casos. *Braz J Otorhinolaryngol.*2009;75(2):295-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3924/392437883022.pdf>
13. Villa et al. Oral cancer and oral erythroplakia: an update and implication for clinicians. *Jornal Australian Dental.*2011;56:253-256. Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1834-7819.2011.01337.x>
14. Lemos Junior CA, Alves FA, Torres PCC, Biazevic MGH, Pinto Junior DS, Nunes FD. Câncer de boca baseado em evidências científicas. *rev assoc paul cir dent.*2013;67(3):178-86. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762013000300002&script=sci_arttext

15. Martins MD, Marques OL, Martins TAM, Fernandes SPK. Queilite actínica: relato de caso clínico. *ConScientiae Saúde*.2017;6(1):105-110. Disponível em:
file:///C:/Users/marci/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/artigos%20traduzidos%20tcc/queilite%20actinica%201.pdf
16. Rossoe EWT, Tebcherani AJ, Sittart JA, Pires MC. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-plastia. *An Bras Dermatol*.2011;86(1):65-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a08>
17. Miranda OMA, Ferrari MT, Calandro LLT. Queilite actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do brasil. *Revista Saúder e Pesquisa*.2011;7(1):67-72. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1748/1204>
18. Ribeiro-Vieira RAMA, Minicucci EM, Marques MEA, Marques AS. Potentially malignant lesions. Oral cancer. Leukoplakia. Erythroplasia. Queilite Actinic. *An Bras Dermatol*.2012;87(1):105-14. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000100013

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)

