



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS  
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA**

**BRUNO TORRES MARGONARI  
RODRIGO DENA VERZOLLA**

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTE CARDIOPATA  
GRAVE SOB MONITORIZAÇÃO INVASIVA: RELATO DE CASO**

**PORTO NACIONAL – TO  
2017**



**BRUNO TORRES MARGONARI**

**RODRIGO DENA VERZOLLA**

## **ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTE CARDIOPATA GRAVE SOB MONITORIZAÇÃO INVASIVA: RELATO DE CASO**

TCC, submetido ao curso de Odontologia do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

---

**Dra. Cíntia Ferreira Gonçalves**

---

**MsC. Ana Paula Mundim**

---

**MsC. Laura Souza de Castro Santos**



## **ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE CARDIOPATA GRAVE SOB MONITORIZAÇÃO INVASIVA: RELATO DE CASO**

Bruno Torres Margonari<sup>1</sup>  
Rodrigo Dena Verzolla<sup>2</sup>  
Cíntia Ferreira Gonçalves<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico de Odontologia. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

<sup>2</sup>Acadêmico de Odontologia. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

<sup>3</sup>Doutora em Ciências da Saúde pela UNB, Mestre em Odontologia pela FO/GO, Especialista em Odontopediatria e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais pela ABO/GO

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Atualmente observou-se um aumento no número de pacientes portadores de doenças sistêmicas que procuram tratamento odontológico. Esse quadro tem estimulado o cirurgião-dentista a buscar novos conhecimentos para maior segurança em sua prestação de serviço. Diante da complexidade que envolve a saúde do paciente cardiopata é importante destacar que uma expressiva quantidade deles necessita de medicações tais como anticoagulantes, ou antiagregantes plaquetários, anti-hipertensivos, diuréticos, dentre outros. Com isso, é de fundamental importância o conhecimento das doenças coronarianas por parte do cirurgião-dentista (CD) com o objetivo de proporcionar um atendimento odontológico de qualidade. **OBJETIVO:** Relatar o caso clínico de um paciente com diagnóstico de coronariopatia contendo, hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo, que fazia uso de anticoagulante e antiagregante plaquetário, além de descrever os desafios do atendimento odontológico deste paciente em ambiente hospitalar. **CONCLUSÃO:** Foram realizados procedimentos odontológicos sob sedação leve com a finalidade de remover focos infecciosos, os quais expunham o paciente ao risco de endocardite infecciosa, além de devolver função mastigatória sem, contudo a suspensão do anticoagulante e do antiagregante plaquetário, diminuindo assim a possibilidade de formação de eventos tromboembólicos.

**Palavras-chave:** Antiagregante plaquetário. Antitrombótico. Coronáriopatas. Odontologia.

**INTRODUCTION:** There has been an increase in the number of patients with systemic diseases seeking dental treatment. This scenario has stimulated the dental surgeon to seek new knowledge for greater security in his service delivery. In view of the complexity involved in the health of the cardiopathy patient, it is important to highlight that an expressive amount of them requires medications such as anticoagulants, or antiplatelet agents, antihypertensive, diuretics, among others. With this, it is of fundamental importance the knowledge of coronary diseases by the dental surgeon (CD) in order to provide quality dental care. **OBJECTIVE:** To report the clinical case of a patient diagnosed with coronary artery disease with diffuse left ventricular hypokinesia using anticoagulant and describe the challenges of this patient's dental care in a hospital environment. **CONCLUSION:** Dental procedures were performed under mild sedation with the purpose of removing infectious foci, which exposed the patient to infective endocarditis, in addition to returning masticatory function without removing the anticoagulant, thus reducing the possibility of thromboembolic events.

**Key words:** Antiplatelet agent. Antithrombolytic. Coronaryopaths. Dentistry

## 1. INTRODUÇÃO:

Atualmente, houve um aumento considerável no número de pacientes portadores de doenças sistêmicas que necessitam e procuram tratamento odontológico, devido um aumento na longevidade de vida. Esse quadro tem estimulado o cirurgião-dentista a buscar novos conhecimentos para que o atendimento destes pacientes seja feito com maior segurança (TEIXEIRA et al., 2008).

Dentre as patologias que geram limitações na qualidade de vida do paciente, as cardiopatias representam uma preocupação relevante. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, no ano de 2016, houveram 349.938 óbitos no Brasil registrados devido a doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA., 2017). Entre as principais cardiopatias estão: *angina pectoris*, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias, infarto do miocárdio e endocardites bacterianas. Diante da complexidade que envolve a saúde do paciente cardiopata é importante destacar que uma expressiva quantidade deles necessita de medicações tais como anticoagulantes, ou antiagregantes plaquetários, anti-hipertensivos, diuréticos, dentre outros medicamentos de uso diário e contínuo. Com isso, é de fundamental importância o conhecimento das doenças coronarianas por parte do cirurgião-dentista (CD) com o objetivo de proporcionar um atendimento odontológico seguro a este paciente. Para isso, é essencial que o CD realize uma boa e completa anamnese, tenha conhecimento da data da última avaliação cardiológica e de possíveis mudanças recentes na medicação de uso diário (BARROS et al., 2011).

Grande parte dos pacientes cardiopatas faz uso de anticoagulantes e antitrombóticos, com o objetivo principal de reduzir o risco real de eventos tromboticos, diminuindo assim as possibilidades de obstruções átero-venosas. Para averiguar a eficácia da medicação, o monitoramento do paciente é realizado através do exame do Tempo de Protrombina (TP), expresso, pela Razão Normalizada Internacional (RNI ou INR). O ideal é que este exame seja realizado no dia do procedimento cirúrgico ou no dia anterior ao procedimento odontológico. A literatura tem sido praticamente unânime em afirmar que o ideal é que o RNI esteja entre 2,0 e 4,0. Além disso, a medicação anticoagulante não deve ser suspensa para procedimentos odontológicos cirúrgicos de pequeno porte, uma vez que o risco de eventos tromboembólicos é maior que o risco de hemorragias locais. Outro fator

importante é o uso adequado e técnicas cirúrgicas mais conservadoras, e controle de hemostasia através de manobras hemostáticas (CAVEZZI et al., 2016).

Outro questionamento relevante frente ao tratamento odontológico do paciente cardiopata é com relação ao uso de anestésico sem vasoconstrictor. Esta é uma recomendação que já foi superada pela evidência científica, uma vez que a quantidade de vasoconstrictor presente no anestésico odontológico injetável não causa repercussão na hemodinâmica do paciente. Além disso, a analgesia gerada pelo vasoconstrictor é de fundamental importância para o controle da dor no trans. e pós-operatório deste paciente (MOURÃO et al., 2016).

Diante do que foi exposto acima, o objetivo deste trabalho é relatar caso clínico de paciente coronariopata grave, com indicação para tratamento odontológico cirúrgico e reabilitador.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS:**

O presente trabalho foi executado a partir de uma revisão de literatura envolvendo bases de dados on-line nacionais e internacionais como PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA Institutos Nacionais de Saúde) e além da biblioteca virtual Scielo. Nestas bases foram pesquisados, artigos de revisão de literatura, relatos de casos e revisões sistemáticas da literatura. Foram incluídos artigos publicados entre 2003 e 2016. As referências bibliográficas serviram para direcionar e endossar o atendimento clínico do paciente selecionado.

## **3. RELATO DO CASO:**

Paciente do gênero masculino, melanoderma, 61 anos de idade, foi encaminhado ao serviço de Atendimento odontológico ao Paciente com Necessidade Especial sob Anestesia Geral, pelo cirurgião cardíaco, para remoção de focos de infecção odontogênica. Este paciente apresentou diagnóstico de coronariopatia contendo, hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo com acinesia da região apical; importante aumento do ventrículo esquerdo, com disfunção sistólica de grau importante; insuficiência mitral de grau discreto; insuficiência aórtica de grau discreto; disfunção diastólica do ventrículo esquerdo de grau importante, a fração de ejeção sanguínea estimada pelo método de Simpson em 22%.

Além disso, o paciente fazia uso diário de losartana 50 mg (2 x dia), digoxina 0,25 mg (1/2 comp 1 x dia), aldactone 25 mg (1/2 comp 1 x dia), furosemida 40 mg

(1/2 comp 1 x dia), caverdilol 25 mg (1 comp. 2 x dia); plenance 20 mg (1 comp. 1 x dia); monocordil 20 mg (1 x dia); AAS 100 mg (1 comp. 1 x dia); apresolino 25 mg (1 comp. 2 x dia); omeprazol 40 mg (1 x dia); marevan 5 mg (1 x dia); sinvastatina 40 mg (1 x dia).

Ao exame físico, o paciente não apresentou alterações dignas de nota. Porém ao exame clínico intrabucal, ele apresentou raízes residuais, dentes com lesões extensas de cárie, doença periodontal, perda de dimensão vertical de oclusão e abfração. Este paciente apresentou indicação para tratamento odontológico sob anestesia geral, devido às suas necessidades odontológicas acumuladas. Mediante isso, sua história médica foi amplamente discutida entre a equipe odontológica, o cirurgião cardíaco e médico anesthesiologista. Diante da gravidade da patologia cardíaca do paciente, ele foi classificado como ASA III, apresentando risco iminente de morte súbita, com indicação para transplante cardíaco. No entanto, frente ao risco de fazer uma bacteremia transitória, seguida de endocardite infecciosa, a equipe médica, juntamente com a equipe odontológica optou por realizar os procedimentos eleitos como prioritários sob sedação consciente e monitorização invasiva, no centro cirúrgico.

Vale ressaltar que na primeira tentativa de atendimento, o paciente apresentou reação alérgica à amoxicilina, a qual foi prescrita como antibiótico profilaxia. Sendo por isso, abortado o procedimento odontológico, uma vez que ele apresentou urticária, seguida por edema de glote e taquicardia. Diante deste quadro ele foi conduzido para o pronto atendimento e lá foi medicado.

Vale ressaltar que o paciente chegou com uma recomendação por escrito para uso de anestésico sem vasoconstrictor. Além disso, ele já chegou até o nosso serviço com a medicação anticoagulante e antiagregante plaquetário suspensas, com o argumento que passaria por extrações de dentes e poderia ter uma hemorragia. A equipe odontológica entrou em contato com a equipe médica sobre ambas as condutas e houve um consenso onde o paciente reiniciou a terapia anticoagulante e antiagregante plaquetária. Além disso, durante o transoperatório foram utilizados anestésicos com vasoconstrictores, sem relato de intercorrências.

Já no segundo momento, optamos por fazer o antibiótico profilaxia com clindamicina 600 mg, endovenosa (EV), 1 hora antes do procedimento. O atendimento odontológico foi conduzido dentro do centro cirúrgico, sob monitorização invasiva, e sedação leve com fentanil 50 mg realizada pelo médico

anestesiologista. A Razão Normalizada Internacional (RNI), apresentada no dia do procedimento foi igual a 1,00 e os procedimentos odontológicos foram realizados com anestesia local Xylestesin (lidocaína 2% com norepinefina 1:50.000). Durante todo o atendimento a pressão arterial oscilou entre 12 x 8 até 14 x 9; saturação de oxigênio variou entre 99 e 98%. Neste atendimento foram realizadas as exodontias dos dentes 17, 26 e 27 (Figuras 1 e 2); foi utilizado hemostático de colágeno bovino dentro dos alvéolos, além de sutura oclusiva, como manobras para evitar uma possível hemorragia pós-operatória. O paciente recebeu alta hospitalar no mesmo dia, sem relato de intercorrência, apenas com medicação para controle de dor pós-operatória prescrita para casa.

Na semana seguinte o paciente retornou ao serviço para concluir as exodontias. Novamente foi realizada a antibiótico profilaxia com clindamicina 600 mg EV, 1 hora antes do procedimento; o procedimento odontológico foi realizado novamente com Xylestesin (lidocaína 2% com norepinefina 1:50.000), sob monitorização invasiva, e sedação leve com fentanil 50 mg realizada pelo médico anestesiologista. O RNI do dia foi igual a 1,13. Durante todo o atendimento a pressão arterial oscilou entre 12 x 7 até 14 x 9; saturação de oxigênio que variou entre 97 e 98%. Neste atendimento foi realizada a exodontia do dente 35 (Figura 3) bem como raspagem supragengival do arco inferior; foi utilizado hemostático de colágeno bovino dentro do alvéolo, além de sutura oclusiva, como manobra para evitar uma possível hemorragia pós-operatória. O paciente recebeu alta hospitalar no mesmo dia, sem relato de intercorrência. Ele foi orientado sobre os cuidados domiciliares e a necessidade de voltar ao cirurgião cardíaco para avaliação da sua coagulação, bem como finalizar os procedimentos odontológicos não cirúrgicos em ambiente ambulatorial.



Figura 1-a



Figura 1-b

Figura 01 – Exodontia do dente 17; observar sangramento controlado.



Figura 2-a



Figura 2-b

Figura 02 – Exodontias dos dentes 26 e 27; observar sangramento controlado e sutura oclusiva.



Figura 3-a



Figura 3-b

Figura 03 – exodontia do dente 35.

#### 4. DISCUSSÃO:

Um dos fatores mais relevantes frente ao tratamento odontológico do paciente cardiopata anticoagulado diz respeito à suspensão, não suspensão ou ajuste da dose no medicamento anticoagulante ou antiagregante plaquetário. Diante disso, as opiniões são variadas quando há necessidade de intervenção cirúrgica, como exodontia (DANTAS et al., 2009).

No passado era recomendada a suspensão destas terapias frente aos pacientes submetidos às extrações odontológicas. Contudo estes pacientes ficavam expostos ao risco de desenvolver a formação de trombos, especialmente pacientes com prótese cardíaca, para os quais havia evidências de que o desenvolvimento de trombose poderia ser maior devido à hipercoagulabilidade. Esta disfunção pode ocorrer após a interrupção dos anticoagulantes orais. Segundo o autor recomenda interromper o medicamento por 4 dias antes da cirurgia, devido à sua longa meia vida, para que o INR possa diminuir para 1,5. A terapia é reiniciada logo após a exodontia, o autor recomenda o uso da heparina como anticoagulante alternativo para reduzir o risco trombótico (CANNON et al., 2003).

A manipulação das drogas antiagregantes plaquetários requer monitorização correta e ajuste para se obter o efeito terapêutico desejado. Para os pacientes que apresentam o RNI acima de 4, existe um risco considerável de sangramento ou hemorragias. Neste caso é necessária a manipulação e diminuição da dosagem do medicamento segundo (STELMACHUK., 2012).

O estudo de Cavezzi et al., 2016 demonstrou que pacientes que fazem uso de anticoagulantes e antitromboembolíticos, trazem consigo um efeito adverso que pode causar quadros hemorrágicos, gerando assim um dilema no atendimento odontológico destes pacientes. Estes autores afirmaram ainda que o objetivo principal da terapia com esses medicamentos é reduzir a ocorrência de eventos tromboembólicos e manter níveis de anticoagulação capazes de prevenir tais eventos, contudo, isso pode aumentar de forma significativa às complicações hemorrágicas quando os níveis estão elevados.

A medicação contínua da terapia anticoagulante é extremamente importante em pacientes com alto risco ao desenvolvimento de eventos tromboembólicos. Os tratamentos cirúrgicos orais menores não justificam a interrupção ou modificação da dose de anticoagulantes em pacientes em uso de varfarina mesmo porque maioria

dos episódios de sangramento pode ser facilmente controlada com medidas simples de hemostasia local (PEDROSA et al., 2016).

Dentre os estudos investigados, a maior frequência de variação do RNI foi entre 2,0 e 4,0, fato este que demonstrou baixo nível de hemorragias para os procedimentos de exodontias. De acordo com estes resultados, os autores concluíram que não há necessidade de expor o paciente ao risco de sofrer uma trombose venosa ao suspender o uso do anticoagulante oral para realizar a exodontia. A terapêutica de manutenção do anticoagulante oral vem sendo preconizada, considerando a importância do valor da RNI abaixo de 4,0, associado à técnica cirúrgica atraumática e o uso de medidas hemostáticas locais (MOUCHREK et al., 2015).

Portanto, a maneira mais eficaz e segura para os pacientes submetidos à cirurgia oral de pequeno porte seria manter o regime terapêutico sem qualquer alteração, desde que os níveis do INR estejam abaixo de 4,0 (CANNON et al., 2013).

Diante de todas estas considerações optamos por recomendar a retomada da medicação anticoagulante e antiagregante plaquetário do nosso paciente, uma vez que já temos respaldo da literatura científica para tal. Portanto, solicitamos nova avaliação médica do paciente, o qual reinseriu as medicações.

No que se refere ao tratamento odontológico de pacientes coronariopatas, ainda existem controvérsias sobre a escolha do anestésico local. Na maioria dos casos, o paciente já vem até o CD com a recomendação da impossibilidade de uso de agentes vasoconstritores. Isto pode acarretar certa indecisão ao profissional de odontologia. É importante destacar que o CD necessita de uma anestesia pulpar de maior duração. Além disso, quando se empregam soluções anestésicas locais sem vasoconstritor a margem de segurança clínica é diminuída, pois a dose máxima é geralmente calculada em função da quantidade do sal anestésico e não do agente vasopressor (BARROS et al., 2011).

É importante destacar que a quantidade de vaso constritor contida em um tubete de anestésico odontológico é extremamente inferior comparada às quantidades utilizadas em procedimentos médicos. Devido ao pouco conhecimento dos cardiologistas em relação ao anestésico local, os mesmos tendem a contraindicar o uso de vasoconstritores em pacientes cardiopatas (BARROS et al., 2011).

Além disso, o uso de anestésico sem vasoconstrictor trás um efeito de analgesia de curta duração sendo necessárias varia infusões, promovendo maior desconforto e dor ao paciente, maior liberação de adrenalina sistêmica comparada à concentração de um tubete anestésico, assim este anestésico pode causar arritmias cardíacas ou alteração na pressão arterial. Diante deste fato é prudente que se utilize anestésico com vasoconstrictor em menor quantidade trazendo uma tranquilidade na realização do procedimento por um tempo prolongado, evitando intoxicação do paciente por excesso de infusão do anestésico (TEIXEIRA et al., 2008).

Como contraindicação no uso de vasoconstritores, a literatura cita *angina pectoris* instável, infarto recente do miocárdio (até 6 meses), acidente vascular cerebral recente, cirurgia de revascularização miocárdica recente, arritmias refratárias, insuficiência cardíaca congestiva intratável ou hipertireoidismo, hipertensão grave não tratada ou não controlada, feocromocitoma e hipersensibilidade a sulfitos (ANDRADE., 2014). O paciente aqui descrito não se encontrava em nenhuma destas indicações para o uso de anestésico sem vasoconstrictor

O uso de vasoconstritores nas soluções anestésicas locais trás grandes vantagens para obtenção de uma anestesia odontológica eficaz. Pela vasoconstrição local provocada, ocorre um retardamento da absorção do anestésico local injetado, advindo às seguintes vantagens de sua utilização: 1) Aumento da duração da anestesia 2) Aumento da profundidade da anestesia; 3) Redução da toxicidade do anestésico local; 4) Utilização de menores volumes da solução anestésica; 5) Diminuição do sangramento em procedimentos cirúrgicos (BARROS et al., 2011).

Para minimizar os efeitos indesejáveis de uma anestesia com solução contendo vasoconstrictor, a administração dos anestésicos deverá ser feita de forma lenta e gradual, após aspiração inicial, evitando-se injeções intravasculares. A lidocaína é protótipo de anestésico de duração intermediária, por isso sendo considerada como medicamento de referência com propriedades de valor terapêutico antiarrítmica, anticonvulsivante, anti-inflamatória e antimicrobiana (TEIXEIRA et al., 2008).

## 5. CONCLUSÃO:

Para pacientes com algum tipo de comprometimento cardíaco torna-se imprescindível a realização de uma anamnese cuidadosa quanto ao controle de episódios hemorrágicos ou tromboembólicos, e de uma avaliação clínica multiprofissional.

Dessa forma, sugere-se um contato entre o cirurgião-dentista e o médico cardiologista do paciente, para perfeito conhecimento da cardiopatia e das medicações habituais, e que se tenha segurança sobre a condição sistêmica do paciente para a realização do tratamento odontológico.

Diante disso, a literatura científica nos embasou para a realização dos procedimentos cirúrgicos do paciente sem a suspensão da medicação anticoagulante e antiagregante plaquetário, além disso, uso de solução anestésica com vasoconstrictor, sendo que com ambas as opções para a conduta, não houve reações adversas como hemorragias e alterações cardiovasculares devido ao vasoconstrictor. Assim sendo, recomenda-se manter a dose da terapia com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários inalterada para pacientes que serão submetidos à cirurgia oral menor e associar medidas hemostáticas locais, além de utilizar solução anestésica com vasoconstrictor.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ANDRADE, Eduardo Dias. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. 3.ed. São Paulo: Artes Medicas, 2014**

BARROS, Maysa N. F., GAUJAC, Cristiano., TRENTO, Cleverson., ANDRADE, Maria C. V. Tratamento de pacientes cardiopatas na clínica odontológica. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 109-114, jan./abr. 2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Disponível em <http://prevencao.cardiol.br/> Acessado em 22-05-2017 as 14:40 horas.

CAVEZZI, Orlando J. Ponderações nos procedimentos cirúrgicos odontológicos em pacientes sob terapia antitrombótica: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**. Rio de Janeiro, v. 73, n. 4, p. 315-9, out./dez. 2016.

CANNON, P. D., DHARMAR, V. T. Minor oral surgical procedures in patients on oral anticoagulants – a controlled study. **Australian Dental Journal**; v. 48, n. 2, 2003.

DANTAS, Alessandra K., DEBONI, Maria C. Z., PIRATININGA José L., Cirurgias odontológicas em usuários de anticoagulantes orais. **Revista Brasileira Hematologia Hemoterapia**. v. 31, n. 5, São Paulo 2009.

MOURÃO Carlos F. A. B., MOURÃO, Natália B. M. F., SILVA, Isabel C. C., RIBEIRO, Jonathan., FERNANDES, Gustavo V. O., MAIA, Mônica D. C., O uso da adrenalina e felipressina na anestesia local odontológica em pacientes cardiopatas: revisão da literatura. **Revista Fluminense De Odontologia** – ano XXII – No 45 – Janeiro / Junho 2016.

MOUCHREK, Monique M. M., FRAZÃO, Mayara C. A., NUNES, Marjorie A. C., SILVA, Gisele Q. T. L., PEREIRA, Erika M., CRUZ, Maria C. F. Exodontia em paciente usuário de anticoagulante oral. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**. v. 25, n. 1, p. 47-54, jan-jun 2015.

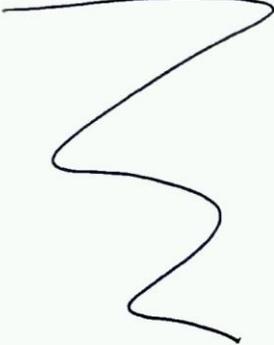
PEDROSA, Marlua S., GALDINO, Jézlia C. S., FERRO, Flávia E. D., POMPEU, José G. F., BORBA, Marcia S.C. Cirurgias orais em pacientes em uso de varfarina. **Revista Bahiana de Odontologia**; v. 7, n. 2, p. 132-139. 2016.

STELMACHUK, Caroline F. M., MILANI, Cintia M. Terapia antitrombótica versus exodontia. Interromper ou não a medicação? **Implant News**; v. 9, n. 4, p. 483-91, 2012.

TEIXEIRA, Cleonice da S., JÚNIOR, Braulio P., PASTERNAK, Braulio., SOUSA, Yara T. C. S., PEREZ, Danyel E. da C. Tratamento odontológico em pacientes com comprometimento cardiovascular. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 5, n. 1 p. 69, 2008.

## ANEXOS:

Termo de livre esclarecimento.

 <p>Governo do <b>TOCANTINS</b> O Estado da Livre Iniciativa e da Justiça Social Secretaria da Saúde</p>	 <p>SUS Sistema Único de Saúde</p>	<p>HOSPITAL</p>
<input type="checkbox"/> RECEITUÁRIO <input type="checkbox"/> PEDIDO DE EXAMES <input type="checkbox"/> REFERÊNCIA INTERNA <input type="checkbox"/> RESULTADO DE EXAMES		
<p>NOME:</p> <p><u>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE</u> <u>E ESCLARECIDO</u></p> <p>Eu, Marcos B. da Silva <del>Borges</del></p> <p>filho e responsável por Joaquim Baksta autorizo a realização de tratamento odontológico sob sedação/ anestesia geral e uso de ima- gens para fins de estudo</p>  <p>11, 03, 2017      Marcos B. da Silva Borges</p> <p>DATA      CARIMBO CRM</p>		