



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**A TOMOGRAFIA DE FEIXE CÔNICO NO DIAGNÓSTICO DO INSUCESSO
ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO**

ALLYSON VINICIUS BONFIM BATISTA
BRENDA RANIELY FERREIRA DE CARVALHO
EDIÊNIA MARIANA DO NASCIMENTO CÂNDIDO
GABRIELLA BATISTA FERREIRA

Goianésia-GO

2022

ALLYSON VINICIUS BONFIM BATISTA
BRENDA RANIELY FERREIRA DE CARVALHO
EDIÊNIA MARIANA DO NASCIMENTO CÂNDIDO
GABRIELLA BATISTA FERREIRA

**A TOMOGRAFIA DE FEIXE CÔNICO NO DIAGNÓSTICO DO INSUCESSO
ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a disciplina de Produção Científica III do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia, sob a orientação da a Prof. Me. Esp. Alyne Moreira Brasil, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

SUMÁRIO

1. ARTIGO CIENTÍFICO.....	04
2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO.....	09
3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS.....	20
4. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA	21
5. ANEXOS.....	22

A TOMOGRAFIA DE FEIXE CÔNICO NO DIAGNÓSTICO DO INSUCESSO ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO

CONE BEAM TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ENDODONTIC FAILURE

ALLYSON VINICIUS BONFIM BATISTA¹, BRENDA RANIELY FERREIRA DE CARVALHO¹, EDIÊNIA MARIANA DO NASCIMENTO CÂNDIDO¹, GABRIELLA BATISTA FERREIRA¹, ALYNE MOREIRA BRASIL²

1. Acadêmico(a) do curso de graduação do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG); 2. Cirurgiã-Dentista, Mestranda em Endodontia pela São Leopoldo Mandic, Docente do curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG).

Rua José Ludovico de Almeida, 245. Apto 104. Vila Góis, Anápolis, Goiás, Brasil. CEP: 75120-170. moreira.alyne@gmail.com

Recebido em 12/08/2022. Aceito para publicação em 15/09/2022

RESUMO

A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) é um moderno sistema de imagem radiológico projetado especificamente para uso com o esqueleto maxilofacial. O sistema supera muitas das limitações da radiografia convencional ao gerar imagens 3D não distorcidas da área investigada. Estas propriedades tornam esta modalidade de imagem particularmente importante para endodontia. Os profissionais podem entender melhor a anatomia que está sendo avaliada, levando a uma melhor detecção da doença endodôntica e a um planejamento de tratamento mais eficaz. Além disso, a dose efetiva de radiação da TCFC é significativamente menor do que a da tomografia computadorizada (TC) convencional. O presente estudo avaliou os impactos da tomografia computadorizada na tomada de decisão clínica e diagnóstico após falha no tratamento de canais radiculares, que muitas vezes não são identificados em radiografias tradicionais, além de auxiliar nas etapas transoperatórias. Tem como objetivo apresentar informações sobre a importância da TCFC que podem influenciar diretamente nas estratégias de retratamento endodôntico, a metodologia empregada através de estudos já publicados e da análise de um caso clínico.

PALAVRAS-CHAVE: Tomografia Computadorizada; diagnóstico; retratamento endodôntico.

ABSTRACT

Cone-beam computed tomography (CBCT) is a modern radiological imaging system designed specifically for use with the maxillofacial skeleton. The system overcomes many of the limitations of conventional radiography by generating undistorted 3D images of the investigated area. These properties make this imaging modality particularly important for endodontics. Practitioners can better understand the anatomy being evaluated, leading to better detection of endodontic disease and more effective treatment planning. In addition, the effective radiation dose of CBCT is significantly lower than that of conventional computed tomography (CT). The present study evaluated the impacts of computed tomography on clinical decision-making and diagnosis after failure in root canal treatment, which are often not identified on traditional radiographs, in addition to assisting in the

intraoperative steps. Its objective is to present information on the importance of CBCT that can directly influence endodontic retreatment strategies, the methodology used through previously published studies and the analysis of a clinical case.

KEYWORDS: Computed tomography; diagnosis; endodontic retreatment.

1. INTRODUÇÃO

Citada na literatura com o homônimo da língua inglesa tomografia computadorizada Cone Beam, também conhecida como Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico (TCFC), vem possibilitando na endodontia uma evolução no diagnóstico e planejamento do tratamento¹.

Embora o índice real de sucesso de tratamentos endodônticos não possa ser estimado sob uma análise científica livre de grandes vieses, os casos de insucesso no tratamento endodôntico ainda representam uma parte indesejável e frequente da realidade clínica¹.

A evolução da imagiologia na Odontologia vem disponibilizando meios de diagnósticos precisos, com grande confiabilidade e detalhamento de imagens através da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC).³ ¹Através dela é possível visualizar dente e estruturas adjacentes em três dimensões, o que não é possível na radiografia periapical. Além disso, a obtenção das imagens rápidas e tridimensionais leva uma maior confiabilidade aos planejamentos operatórios e nos diagnósticos¹.

Em contraste com os métodos radiográficos convencionais, que comprimem a anatomia 3D como uma imagem 2D, a imagem TCFC permite a observação de um dente ou dentes individuais em qualquer vista, ao invés de visualizações "padrão" predeterminada^{4,5}.

Importantes estudos de comparação mostraram que a TCFC é mais precisa do que as radiografias periapicais convencionais na medição do comprimento das obturações radiculares e para diagnosticar a

presença de lesões de reabsorção, defeitos ósseos periapicais, fraturas radiculares e perfurações³.

Rodriguez *et al.* (2017)⁷, encontraram alteração do plano de tratamento em 62,2%, 43% e 52,9% dos casos de alta dificuldade, respectivamente. Significativamente, mais clínicos gerais do que endodontistas mudaram suas decisões de tratamento. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que os endodontistas estão mais acostumados a avaliar problemas endodônticos por meio de imagens de TCFC⁷.

Como os insucessos endodônticos são, em sua maioria, processos crônicos, normalmente não apresentam queixa de sintomatologia dolorosa espontânea. Microscopicamente, a reação inflamatória crônica se caracteriza pela proliferação de fibroblastos, elementos vasculares, infiltração de macrófagos e linfócitos²⁰.

Diante desta possibilidade de fracasso da terapia, os profissionais que realizam Endodontia devem ter em mãos opções que visem aumentar a capacidade de desinfecção dos canais radiculares, e inovações na área da imaginologia, para aumentar a eficácia na visualização do canal radicular, e conseqüentemente, um diagnóstico mais preciso, repercutindo no maior percentual de sucesso dos casos realizados²¹.

Por meio de um estudo Taschieri *et al.* (2013)¹⁴ investigaram com o auxílio da microscopia eletrônica, a qualidade da obturação como provável causa da persistência de lesões apicais depois do tratamento endodôntico e conseqüente insucesso. Visto que em todos os dentes analisados, os que permaneciam com a lesão apical, apresentavam falhas na obturação. Essas falhas no selamento fazem com que ocorram infiltrações de microrganismos, que irão promover a manutenção da lesão no periápice. Evidencia-se que as principais causas das falhas nos tratamentos endodônticos levando ao insucesso aconteceram pela falta de selamento apical e incorreto preparo apical²².

Percebe-se que, mesmo a TCFC tendo diversas aplicações e vantagens, como baixo contraste entre tecido duro e mole, alta precisão diagnóstica, método rápido e não invasivo, ainda não é usado com frequência na odontologia. Isso ainda se justifica pelo alto valor clínico do exame, o problema a ser diagnosticado, além do equipamento usado e experiência do radiologista¹³.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 37 anos, compareceu ao serviço odontológico da clínica ISO em Anápolis-GO, queixando-se de dor difusa na região superior esquerda da maxila. Segundo relatos da paciente, a aproximadamente um ano foi submetida a um tratamento endodôntico no elemento 16. Ao exame clínico foi constatado que o elemento 16 apresentava-se restaurado com resina composta. Foram realizados os testes de percussão vertical, onde os resultados foram positivos. Ao avaliar a radiografia periapical foi possível identificar imagens radiopacas ao longo das raízes sugerindo um tratamento endodôntico prévio

com os canais disto-vestibular e palatino completamente obturados, e um desvio no preparo radicular e obturação no terço apical do canal méseo vestibular 1 (MV1) e o canal méseo vestibular 2 (MV2) não visível. Foi observado que a região periapical da raiz MV apresentava um espessamento do espaço do ligamento periodontal. Diante da necessidade de um diagnóstico preciso sobre a possibilidade de retratamento endodôntico, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico e reconstrução em 3D (Figuras 1 e 2).

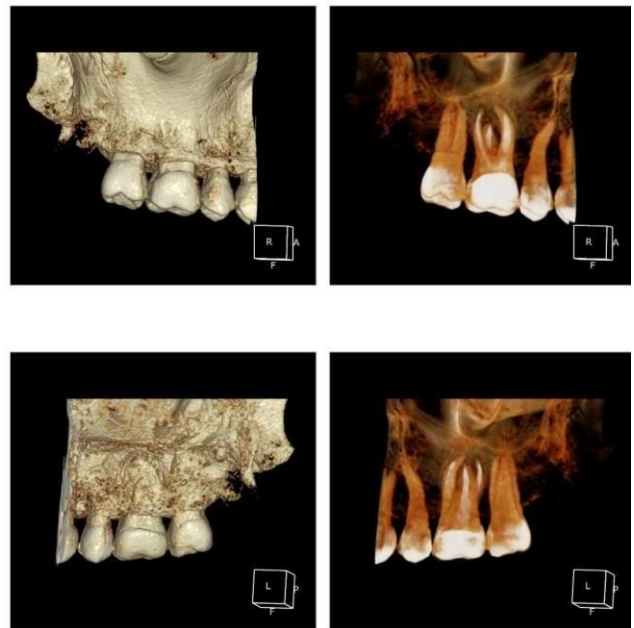


Figura 1. Reconstrução tridimensional em vista lateral do dente 16. Fonte: Imagem dos autores.

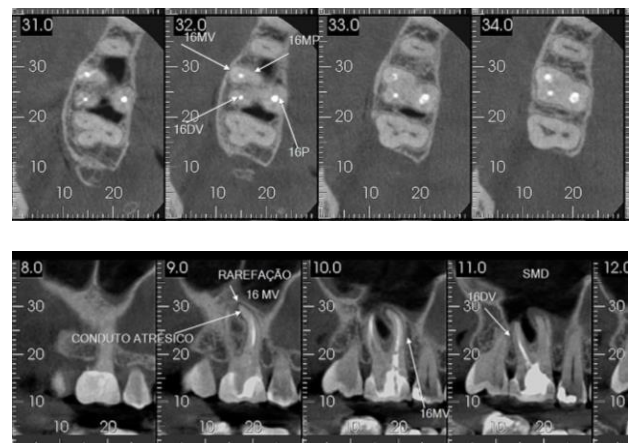


Figura 2. Cortes axiais e longitudinais. Fonte: Imagem dos autores.

Os resultados comprovaram o desvio no canal MV1 e o MV2 apresentou-se calcificado. (Figuras 1 e 3) Devido à impossibilidade de retornar o percurso original no terço apical do canal MV1 e a impossibilidade de tratamento endodôntico do canal MV2 devido a calcificação dele, a cirurgia paradodôntica com apicectomia foi recomendada.

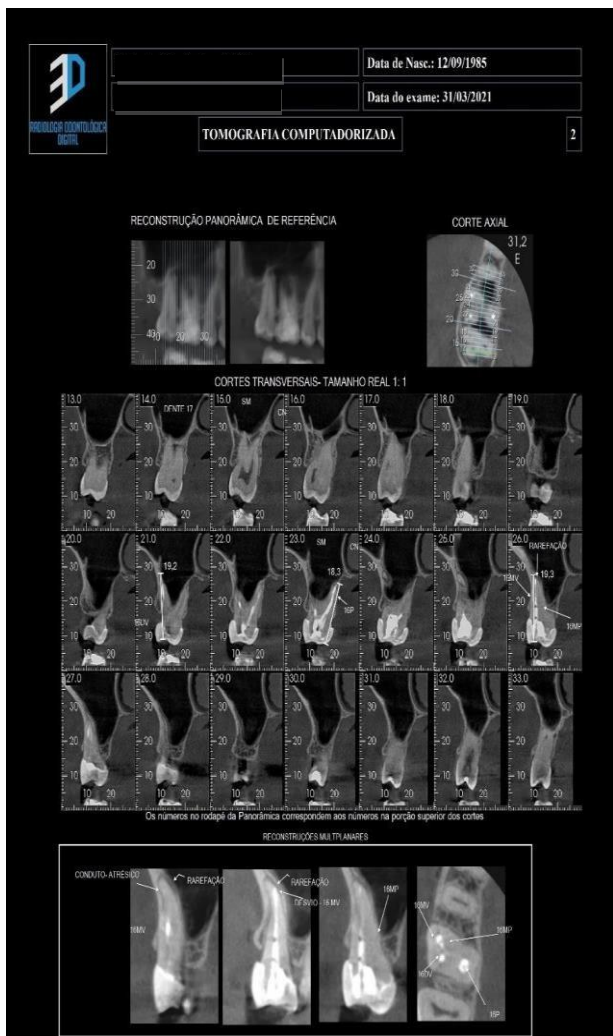


Figura 3. Cortes transversais demonstrando rarefação óssea apical, desvio do MV1 e calcificação do MVV2. Imagem dos autores.

3. DISCUSSÃO

Na clínica odontológica, os tratamentos endodônticos são bastante incidentes na atualidade, exigindo dos cirurgiões dentistas uma execução de qualidade desde os procedimentos diagnósticos até a etapa de obturação e selamento coronário. O exame por imagem é essencial durante todas as etapas do tratamento. Neste sentido, o exame radiográfico e a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), são métodos complementares utilizados no diagnóstico e planejamento do tratamento endodôntico².

A radiografia periapical tem sido o método mais utilizado para avaliação da anatomia endodôntica na rotina clínica. Esta é uma técnica de simples execução, com baixo custo e baixa dose de radiação. Entretanto, a maior limitação das radiografias é a sobreposição de estruturas na imagem radiográfica, que é inerente às modalidades bidimensionais (2D) de imagens⁶.

Em contrapartida, através da TCFC é possível visualizar dente e estruturas adjacentes em três dimensões, em diferentes cortes, o que não é possível na radiografia periapical⁸.

Anatomia dos canais

A localização de todos os canais radiculares, bem como o entendimento de sua anatomia interna, tem sido alguns dos grandes desafios na terapia endodôntica. Pela TCFC é possível a localização de um maior número de canais radiculares comparando-se às radiografias, inclusive em dentes já submetidos à endodontia¹⁴.

A TCFC trouxe um avanço às radiografias de analógicas, principalmente na visualização de pequenas áreas. Por ser tridimensional, ela proporciona na uma precisão na visualização do número, localização, forma, tamanho e direção das raízes, determinação com precisão da posição das estruturas na dimensão vestibulo-lingual e méso distal (inclinação de dentes) localização do ápice radicular, analisam a natureza topográfica do osso alveolar e a espessura da cortical. Essa técnica utiliza um método de obter imagens de forma eficiente e precisa, já que não distorce as imagens da estrutura maxilo facial, dos dentes e seus tecidos, além de apresentar uma melhor visualização das estruturas anatômicas⁹.

Dessa forma, observa-se que a medida em que os canais radiculares se tornam mais complexos, maiores são os erros técnicos cometidos durante os procedimentos endodônticos. Com base nisso, o conhecimento das variações anatômicas radiculares ajudará o cirurgião dentista a realizar um correto diagnóstico e, conseqüentemente, um tratamento de excelência².

Aplicabilidade TCFC no diagnóstico

Na Endodontia, a TCFC auxilia no tratamento do canal radicular em várias situações clínicas, sendo utilizada no diagnóstico diferencial entre patologias de origem endodôntica e não endodôntica, na avaliação da morfologia do canal radicular e sua localização, assim como em caso de canais calcificados, fraturas alveolares e radiculares, análises de reabsorções interna e externa, perfurações, planejamento endodôntico pré-cirúrgico, avaliação do preparo radicular, obturação, retratamento, detecção de lesões ósseas, posição e tamanho das lesões periapicais¹⁰.

No estudo feito, clínicos gerais e endodontistas diferiram em sua tomada de decisão e planejamento para o tratamento endodôntico mal sucedido. Apesar da taxa de sucesso de 70% - 90%, conforme mostrado por vários estudos, os clínicos gerais podem subestimar a opção de tratamento para cirurgia apical^{14,15}.

A tomada de decisão pode ser desafiadora em endodontia. ¹⁶ As opções para falha endodôntica incluem tratamento endodôntico não cirúrgico ou cirúrgico, reimplante intencional e extração com ou sem substituição do dente¹⁵.

Insucesso Endodôntico

Se tratando da identificação de lesões em dentes que necessitam de tratamento endodôntico ou acompanhamento de lesões dos dentes já tratados endodonticamente, Aminoshariae *et al.* (2018)¹⁶

conduziram uma revisão sistemática com o objetivo de comparar e quantificar as imagens de lesões periapicais obtidas de exames intraorais convencionais (radiografias periapicais) e TCFC. Os resultados mostraram que a TCFC apresenta duas vezes mais chances de mostrar uma lesão periapical, quando comparada à radiografia convencional. Entretanto, os autores reforçam os conceitos encontrados na literatura e, salientando que o exame de primeira escolha sempre deve ser a radiografia intraoral, sendo indicada a TCFC para a identificação de lesões que não podem ser facilmente visualizadas¹⁶.

Lesões Periapicais

As radiografias panorâmicas e, principalmente, as periapicais são utilizadas para diagnóstico, tratamento e monitoramento da progressão ou cura das lesões periapicais. As radiografias periapicais oferecem uma visão mais específica de determinado dente ou região que precisa de diagnóstico e consequentemente de planejamento endodôntico, tendo sido o método de escolha para detecção de lesões periapicais até os dias de hoje¹⁷.

Entretanto, a TCFC surge como uma alternativa de maior confiabilidade, melhorando a visualização das lesões periapicais, já que nos dará resultados com maiores detalhes e precisão, deixando nítido toda região e estruturas das lesões, além de diagnosticar mais precocemente lesões apicais de pequeno tamanho, evidenciando também as lesões a nível ósseo, que ainda não são visíveis numa tomada radiográfica inicial¹⁸.

Assim, apesar da TCFC ter o custo um pouco elevado, tem que se levar em consideração que o custo benefício se sobressai, tendo em vista que nos dará detalhes fidedignos a área que precisa ser analisada¹⁹.

Cirurgia parentodôntica

Na presença de um insucesso endodôntico o retratamento é considerado como primeira opção, sendo que em alguns casos em que não é possível controlar os microrganismos na porção apical e periapical, a cirurgia parentodôntica surge como opção de tratamento, sendo uma possibilidade de manter o dente na cavidade bucal realizando suas funções.¹¹

Na preparação da cirurgia parentodôntica, a TCFC tem sido de fundamental importância, além de permitir reconhecer pequenas lesões não observadas na radiografia intraoral, nota-se sua utilidade no planejamento da terapia e prevenção da comunicação da cavidade oral com seio maxilar no decorrer de uma cirurgia parentodôntica. Algumas complicações como lesão ao nervo mandibular e aos vasos podem ser evitadas com o conhecimento exato do canal mandibular e forame mental, nesse caso as radiografias convencionais têm falhas de projeção, já a TCFC apresenta maior exatidão de imagem de estruturas vitais com locais possivelmente cirúrgicos. As limitações das radiografias convencionais atrapalham a elaboração e diagnóstico que acabam

tornando a TCFC um importante aliado para a cirurgia parentodôntica, apresentando imagens com maior exatidão e qualidade¹².

4. CONCLUSÃO

No presente caso clínico, a indicação da TCFC foi de grande valia, pois o benefício está na precisão geométrica tridimensional que o exame proporciona. Com a TCFC conseguiu-se visualizar as raízes dos dentes posteriores superiores e seus tecidos periapicais nos três planos ortogonais sem sobreposição do osso zigomático, do osso alveolar e das raízes adjacentes e na identificação das lesões periapicais. Além disso, o exame auxiliou na observação das dimensões das raízes no plano vestibulo palatino, onde fortes evidências foram sugeridas que havia outro canal. A possível presença de um segundo canal na raiz mesio-vestibular calcificado que não poderia ser tratado, contribuiu para a decisão pela cirurgia parentodôntica.

Considerando a importância da prática clínica baseada em evidências em odontologia, o presente estudo traz contribuições importantes quanto à indicação da TCFC na prática endodôntica. Além disso, os artigos de revisões sistemáticas apresentados nessa discussão fortalecem o que foi posto na revisão de literatura, mostrando os pontos fortes e limitações a serem consideradas para o uso da TCFC na prática endodôntica.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Song M, Kim HC, Lee W, *et al.* Analysis of the cause of failure in nonsurgical endodontic treatment by microscopic inspection during endodontic microsurgery. *J Endod.* Elsevier Ltd; 2011; 37(11):1516–9.
- [2] Nascimento EHL, Nascimento MCC, Gaêta-Araujo, *et al.* Root canal configuration and its relation with endodontic technical errors in premolar teeth: a CBCT analysis. *International Endodontic Journal*, 52.
- [3] Tyndall DA, Rathore S. Cone beam ct diagnostic applications: caries, periodontal bone assessment, and endodontic applications. *Dent Clin N Am.* 2008; 52:825-841.
- [4] Patel S, Durack C, Abella F, *et al.* Tomografia computadorizada de feixe cônico em endodontia - Uma revisão. *Int Endod J.* 2015; 48:3–15.
- [5] Abella F, Patel S, Dur-an-Sindreu F, *et al.* Avaliação do estado periapical de dentes com polpas necróticas por meio de radiografia periapical e tomografia computadorizada de feixe cônico. *Int Endod J.* 2014; 47:387–96.
- [6] Nair MK, Nair UP. Digital and Advanced Imaging in Endodontics: A Review. *J Endod.* 2007;33(1):1–6.
- [7] Rodriguez G, Abella F, Dur-an-Sindreu F, *et al.* Influência da tomografia computadorizada de feixe cônico na tomada de decisão clínica entre especialistas. *J Endod.* 2017; 43:194–9.
- [8] Mendonça TA, *et al.* uso da tomografia computadorizada por feixe cônico na endodontia. *Revista Fluminense de Odontologia, Niterói.* 2012; 1(37):39-42.

- [9] Lima AD, *et al.* Aplicações endodônticas da tomografia computadorizada *cone-beam*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research BJSCR. 2014;6(3):30-39.
- [10] D'Addazio PS dos S, Assis NMSP, Campos C. *et al.* O uso da tomografia cone beam no auxílio ao diagnóstico e planejamento de cirurgia periapical: relato de caso clínico. Odontologia Clínica Científica (Online, 9).
- [11] PINTO MSC, *et al.* Cirurgia pararendodôntica: revisão da literatura. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. 2011; 4(4):55-60.
- [12] LIMA RKP *et al.* Diagnóstico e planejamento em cirurgia pararendodôntica: utilização da tomografia cone beam. RSBO (Online). 2010; 7(4):474-480.
- [13] BELEDELLI R, *et al.* O que são e como se formam os artefatos nas imagens da tomografia computadorizada de feixe cônico. Revista ABRO. 2012; 13(1):2-15.
- [14] Tsesis I, Rosen E, Taschieri S, *et al.* Resultado do tratamento endodôntico cirúrgico realizado por técnica moderna: uma metanálise atualizada da literatura. JEndod. 2013; 39: 332–9.
- [15] Torabinejad M, Lozada J, Puterman I, White SN. Terapia endodôntica ou implante de um único dente? Uma revisão sistemática. J Calif Dent Assoc. 2008; 36:429–37.
- [16] Aminoshariae A, Kulild Jc, Syed A. Cone-beam Computed Tomography Compared with Intraoral Radiographic Lesions in Endodontic Outcome Studies: A Systematic Review. J Endod. 2018; 44(11):1626-31.
- [17] Cotti E. Advanced techniques for detecting lesions in bone. Dent Clin North Am. 2010; 54(2):215-35.
- [18] Cavalcanti M. Tomografia computadorizada por feixe cônico. Interpretação e diagnóstico para o Cirurgião- Dentista. 1nd ed.. Editora Santos. 2010; 216p.
- [19] Accorsi-Mendonça T, *et al.* Uso da tomografia computadorizada por feixe cônico na endodontia. Revista Fluminense de Odontologia. 2012; 1(37):39- 42.
- [20] Campos LF, Guimarães LC, *et al.* Causas de insucessos no tratamento endodôntico: análise dos casos de retratamento atendidos no projeto de extensão da Faculdade de Odontologia da UFMG. Belo Horizonte: Arq Oodontol. 2017.
- [21] Lacerda MFLS, Coutinho TM, Barrocas D, *et al.* Infecção secundária e persistente e sua relação com o fracasso do tratamento endodôntico. Rio de Janeiro: Ver. Bras. Odontol. 2016.
- [22] Silva LC, Diógenes MAR, Cecílio SKS, *et al.* Fatores relacionados ao insucesso endodôntico. Unicatólica.2018.

2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO

APRESENTAÇÃO

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR (ISSN 2317-4404) é um periódico com periodicidade trimestral, exclusivamente online, no formato *Open Access Journal**, publicado regularmente pela **Master Editora**, em Português e em Inglês. O periódico **BJSCR** dedica-se à publicação de estudos que contenham temáticas relevantes para as Ciências da Saúde, seja na forma de resultados de pesquisas científicas que revelam informações inéditas que possam contribuir com o avanço da fronteira do conhecimento, na forma de casos clínicos, documentando a consolidação ou propostas de abordagens clínicas e/ou terapêuticas, ou ainda na forma de atualização/ revisão da literatura, contribuindo para a identificação do progresso científico ao longo do tempo sobre determinada área, assunto ou tema.

Com o objetivo de elevação da relevância científica do periódico **BJSCR**, a partir de **10/07/2020**, serão aceitas as submissões de artigos **com até 8 autores**; casos excepcionais carecerão da consulta e deferimento do Editor-Chefe do periódico **BJSCR**.

* Como o **BJSCR** é um *Open Access Journal*, a confirmação do interesse dos autores pela publicação do manuscrito dar-se-á pelo efetivo pagamento da taxa de publicação, em função dos custos relativos aos procedimentos editoriais. Entretanto, o pagamento deverá ser realizado **APENAS DEPOIS** do aceite declarado pelo Editor-Chefe do periódico **BJSCR**. A comunicação do aceite será encaminhada via e-mail ao autor de correspondência.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

Publicações em Língua Portuguesa

- Para cada artigo submetido a partir de 22/03/2018, com aceite declarado, a taxa de publicação é de **R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais)**, e o manuscrito deve ser necessariamente encaminhado no respectivo **template do periódico BJSCR** e devidamente adequado às normas de publicação da revista. O template pode ser baixado pelos autores, no item **TEMPLATES**, conforme o perfil do estudo.

Publicações em Inglês

- Para cada artigo submetido a partir de 22/03/2018, com aceite declarado, a taxa de publicação é de **R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais)**, desde que o manuscrito seja encaminhado no respectivo template do periódico **BJSCR** e já concebido pelos autores na língua inglesa, com as devidas adequações às normas de publicação do periódico **BJSCR**. O template pode ser baixado pelos autores, no item **TEMPLATES**, conforme o perfil do estudo.

TEMPLATES

Clique sobre um dos links de arquivos abaixo para fazer o download do template desejado. Após a redação dos autores, seguindo as normas editoriais do periódico **BJSCR**, a **SUBMISSÃO ONLINE** pode ser iniciada com o envio do template do estudo a ser analisado por meio de um **NOVO CADASTRO** de autor (<https://www.mastereditora.com.br/cadastro>) ou inserido o *login* e senha na home do website (<https://www.mastereditora.com.br/home>) no caso de autores cadastrados.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

-Artigos Originais (experimental clássico): incluem estudos controlados e randomizados, estudos observacionais, bem como pesquisa básica com animais de experimentação que produzam resultados inéditos. Os artigos originais deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, abstract, keywords, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

Relatos de Casos Clínicos: descrições de condições clínicas ou cirúrgicas singulares, doenças especialmente raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento, com foco no caso relatado e/ou no método/ procedimento empregado. Os artigos de Relatos de Casos Clínicos deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, abstract, keywords, introdução (breve), descrição do caso clínico sem a identificação do paciente, discussão (contemporizando o caso apresentado com a literatura científica especializada), conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências. A publicação dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizados pela instituição que detém a guarda do prontuário do paciente e pelo próprio paciente, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não se exclui ainda a necessidade de apresentação de parecer de aprovação de Comitê de ética em Pesquisa sempre que os dados representarem a análise de tratamentos/ procedimentos experimentais.

- **Artigos de Revisão ou Atualização:** avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a certo tema de relevância para as Ciências da Saúde, respeitando-se a temática abordada e o recorte temporal que permita a reflexão sobre o progresso científico sobre o tema/ assunto estudado. Profissionais de reconhecida experiência poderão ser convidados a escrever revisões ou atualizações. Contudo, autores que julgarem poder contribuir com análises/ estudos sobre temas específicos poderão encaminhar seus manuscritos para análise editorial. Os artigos de revisão ou atualização deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, abstract, keywords, introdução, material e métodos (descrevendo os parâmetros utilizados para a seleção das referências bem como de outros parâmetros utilizados), discussão - exclusivamente textual ou ilustrada com elementos gráficos que deverão ser identificados necessariamente como **Figuras** ou **Tabelas**, para melhor visualização dos dados em análise, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

PREPARANDO O MANUSCRITO PARA A SUBMISSÃO ONLINE

- O manuscrito deve ser redigido em no máximo 12 páginas. Obras com mais de 12 páginas serão analisadas em caráter de exceção, mediante contato prévio do(s) autores por e-mail (bjscr@mastereditora.com.br). O(s) autor(es) deve(m), utilizar o template do respectivo estilo de estudo a ser analisado. Para a redação, utilize-se da **terceira pessoa do singular** e do **verbo na voz ativa**, inclusive no que se refere ao texto em inglês (apenas do Abstract ou da obra completa, no caso de opção pela publicação da obra na íntegra em inglês). Deve ser utilizado o editor de texto MS Office Word ou equivalente, com a fonte **Times New Roman, a saber:**
 - **Tamanho 8** para legenda de figuras ou tabelas, título de tabelas e seus conteúdos textuais;
 - **Tamanho 9** para identificação das credenciais acadêmicas dos autores, endereço de correspondência e para o conteúdo do RESUMO, PALAVRAS-CHAVE, ABSTRACT E KEYWORDS;
 - **Tamanho 10** para a redação do conteúdo dos demais itens textuais do estudo.

Os autores devem atentar para o uso do espaçamento simples, evitando-se espaços ociosos entre os parágrafos. O texto deverá estar justificado à página.

1- TÍTULO: em **Língua Portuguesa**, deverá estar em negrito e centralizado no topo da primeira

página, utilizando-se fonte de tamanho 18, em caixa alta (letras maiúsculas). O título em **inglês**, logo abaixo, deverá ser redigido em caixa alta, com fonte de tamanho 12.

2- IDENTIFICAÇÃO DO(S) AUTOR(ES): o(s) autor(es) deverá(ão) se identificar logo abaixo do título em inglês, com o nome completo, sem abreviações, digitado em caixa alta e justificado à página e fonte tamanho 10,5. O último sobrenome do(s) autores deve ser registrado em negrito. Depois do nome do(s) autor(es), deve constar respectivamente a titulação acadêmica e a instituição a que pertence/ representa em fonte tamanho 9.

Exemplos:

NOME DO AUTOR **FICTICIO**. Fonte **10,5** e o último sobrenome em negrito.

Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Nonono. **Fonte tamanho 9**.

AUTORA DE NOME **FICTICIO**. Fonte 10,5 e o último sobrenome em negrito.

Cirurgiã-Dentista, Doutora pela Faculdade de Odontologia da Universidade Nonono, Docente do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Momomo. **Fonte tamanho 9**.

Nota: adota-se como padrão internacional que, o último autor é, em geral, o orientador, o chefe do laboratório ou da instituição promotora do estudo, o pesquisador de maior experiência acadêmica e/ou na área. Contudo, o ordenamento do nome dos autores é de responsabilidade dos autores, sobre tudo, do autor responsável pelo estudo (orientador ou autor de correspondência, no caso deste último não ser o orientador do estudo).

3- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: deve ser registrado abaixo da identificação do(s) autor(es), constando os dados do autor responsável pela correspondência: rua, bairro, cidade, estado, país, CEP e e-mail. Preferencialmente, o orientador do estudo deve ser designado para os diálogos com o Corpo Editorial do periódico BJSCR, fornecendo preferencialmente seus contatos profissionais. Fonte tamanho 9.

4- RESUMO/ ABSTRACT: logo abaixo do endereço para correspondência, deverá ser inserido o RESUMO do estudo (fonte tamanho 9 em negrito). Um breve resumo do manuscrito deve ser registrado, com no máximo 200 palavras, seguido de 3 a 5 PALAVRAS-CHAVE*.

O resumo deve ressaltar o fator motivador para a realização do estudo, sendo composto por frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos, na voz ativa e em terceira pessoa, em parágrafo único. Símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, entre outros, devem ser evitados. O ABSTRACT, de mesmo teor do resumo deverá ser apresentado abaixo do resumo e seguido pelas KEYWORDS*, com significado equivalente às palavras-chave utilizadas.

* Para seleção de palavras-chave/ keywords, utilize os “Descritores em Ciências da Saúde” DeCS/BIREME, disponível em <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados os descritores disponíveis para cobrir a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido e representativos do estudo realizado.

5- INTRODUÇÃO: neste item deve ser abordado o referencial teórico pesquisado para a elaboração do estudo. Se necessário, o texto poderá ser subdividido em subtítulo(s) sugestivo(s), grafados com alinhamento à esquerda e em negrito. A introdução **deverá ser finalizada com a hipótese e/ou objetivo(s) do estudo realizado**, sem a necessidade de evidenciá-los em subtítulos.

6- MATERIAL E MÉTODOS: neste item os autores devem detalhar os recursos materiais e metodológicos utilizados para realização do estudo.

Abreviaturas: para unidades de medida, utilize somente as unidades do Sistema Internacional de Unidades (SI). Utilize apenas abreviaturas e símbolos já padronizados, evitando incluí-las no título do manuscrito e no resumo. O termo completo deve preceder uma abreviatura quando ela for empregada pela primeira vez, salvo no caso de unidades comuns de medida.

No caso de estudos de atualização/ revisão da literatura os métodos devem conter informações completas sobre o meio de obtenção dos estudos analisados; os termos utilizados para seleção de obras; os idiomas habilitados; os critérios de utilização ou exclusão das obras analisadas; o recorte temporal utilizado; o critério para delimitação do recorte temporal; outros parâmetros relevantes para que o leitor seja capaz de replicar a sistemática adotada pelos autores.

Casos clínicos não possuem o item MATERIAL E MÉTODOS, mas os materiais e procedimentos adotados/ utilizados devem ser registrados ao longo da descrição do caso.

7- RESULTADOS: este item é aplicável nos manuscritos chamados de originais (experimentação

clássica), com resultados inéditos. Revisões da Literatura não possuem o item resultados. Figuras e Tabelas (se houver) deverão ser inseridas pelos autores no corpo do texto em local onde sua visualização facilite a compreensão do estudo apresentado. No Relato de Caso Clínico os resultados fazem parte da apresentação do caso ou ainda da discussão, não sendo especificados separadamente.

Se houver Figuras, recomenda-se que sejam coloridas, com numeração arábica progressiva. O título da figura deverá aparecer abaixo desta, seguido pela sua respectiva legenda, ambas em fonte de tamanho 8. As figuras devem possuir pelo menos 300 dpi, no formato .JPG. Não serão aceitas imagens fora de foco; figuras que não sejam obra autoral dos autores necessariamente devem vir acompanhadas da citação de sua fonte (referência), de acordo com o padrão Vancouver de citação; a numeração da referência de uma figura é sequencial a do texto do estudo. Se o estudo contemplar Tabelas, o título desta deverá ser inserido sobre (acima) a tabela, com numeração arábica progressiva, indicando, logo abaixo da tabela, a sua legenda ou fonte da pesquisa (se houver), ou algum item de observação relevante para interpretação de seu conteúdo. Os resultados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos, e vice-versa;

No texto, a referência às Tabelas ou Figuras deverá ser feita por algarismos arábicos. Note que **não deverá ser feita inserção** dos elementos denominando-os como: esquema, diagrama, gráfico, quadro, etc. Os elementos gráficos do artigo necessariamente deverão ser chamados de Figura ou de Tabela. Recomenda-se que o total de Figuras e Tabelas não seja superior a oito.

DISCUSSÃO: após a apresentação dos resultados, no item DISCUSSÃO, os autores deverão comentar sobre seus achados experimentais, ou considerar sobre o conteúdo revisado, contextualizando-os com os registros prévios existentes na literatura científica especializada.

CONCLUSÕES: após a discussão, o(s) autor(es) deverá(ão) responder de modo afirmativo ou negativo sobre a hipótese que motivou a realização do estudo, por meio do alcance dos objetivos propostos. No último parágrafo, o(s) autor(es) poderá(ão) expressar sua contribuição reflexiva (de cunho pessoal), e/ou versar sobre as perspectivas acerca do estudo realizado.

FINACIAMENTO e AGRADECIMENTOS: o(s) autor(es) deve(m) indicar a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa (agências de fomento, empresas, etc.). Não havendo fonte financiadora, registre “NÃO SE APLICA”. Neste último caso, o item financiamento será removido pela equipe editorial da Master Editora para a finalização da versão final da obra. No caso dos autores desejarem registrar agradecimentos, estes devem ser direcionados a Instituições de Ensino, Institutos de Pesquisa ou à pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas que não figuram como autores, como por exemplo: técnicos de laboratório, analista de estatística ou de dados da Instituição de Ensino que possam ter fornecido subsídios informacionais para o estudo que se deseja publicar. Neste item não aplicam agradecimentos de cunho religioso ou de viés político-partidário, com a citação nominal de

pessoas ou instituições que não tem relação direta com o estudo a ser publicado.

REFERÊNCIAS: é o último item de formatação do manuscrito. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, figura ou tabela do estudo e normalizadas de acordo com o padrão Vancouver de citação. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (*List of Journals Indexed in Index Medicus*, disponível em <http://www.nlm.nih.gov>). Utilize fonte Times New Roman de tamanho 9. Listar todos os autores até o terceiro; quando forem quatro ou mais, listar os três primeiros, seguidos de *et al.* As referências são de responsabilidade dos autores e devem estar de acordo com os originais.

Exemplos de referências:

LIVROS:

1. Vellini-Ferreira F. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 1999.
2. Kane AB, Kumar V. Patologia ambiental e nutricional. In: Cotran RS. Robbins: patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

PERIÓDICOS CIENTÍFICOS:

3. Ong JL, Hoppe CA, Cardenas HL, *et al.* Osteoblast precursor cell activity on HA surfaces of different treatments. J Biomed Mater Res. 1998. 39(2):176-83.

Nota explicativa: último sobrenome do autor e suas demais iniciais; nome dos autores separados por vírgula; a partir do terceiro autor, utilizar a expressão *et al.* em itálico; primeira letra de cada nome do título do periódico em maiúsculo; ano; volume; número do volume entre parênteses; páginas registradas após “dois pontos”.

WEBSITES:

4. World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th ed. Geneve: ORH EPID: 1997. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Imunoterapia. [acesso 11 mar. 2012] Disponível em: <http://inca.gov.br/tratamento/imunoterapia.htm>

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES:

Mutarelli OS. Estudo in vitro da deformação e fadiga de grampos circunferenciais de prótese parcial

removível, fundidos em liga de cobalto-cromo e em titânio comercialmente puro. [tese]São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

ANAIS DE EVENTOS OU ENCONTROS CIENTÍFICOS:

5. Ribeiro A, Thylstrup A, Souza IP, Vianna R. Biofilme e atividade de cárie: sua correlação em crianças HIV+. In: 16ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. 1999; set 8; Águas de São Pedro São Paulo: SBPqO.1999.

IMPORTANTE

A Master Editora permite a reprodução do conteúdo de qualquer das edições do periódico **BJSCR**, no todo ou em parte, desde que sejam mencionados o nome do autor e a origem, em conformidade com a legislação sobre Direitos Autorais.

O artigo será publicado eletronicamente e estará disponível no site do periódico BJSCR, podendo estar vinculado à outros portais ou bases de periódicos científicos. As datas de recebimento e aceitação do manuscrito serão registradas no artigo publicado. As provas do artigo serão enviadas ao autor de correspondência via e-mail, ou para o autor que iniciou o processo de submissão, preferencialmente, devendo o template e as respectivas solicitações de correções atendidas no prazo estipulado e constante da mensagem encaminhada aos autores nas etapas anteriores a publicação.

LISTA DE ARQUIVOS QUE NECESSITAM SER ENCAMINHADOS:

() template do manuscrito do estudo no word.doc. O nome do arquivo deve ser o nome do primeiro autor do estudo (**nome do autor.doc**).

()Carta de transferência de direitos autorais, devidamente preenchida e assinada por todos os autores, transferindo todos os direitos autorais, caso o manuscrito venha a ser publicado sob a forma de artigo científico, no formato PDF (autor-direitos.doc).

()Documento comprobatório de aprovação do estudo em Comitê de Ética, para estudos experimentais com seres humanos ou com animais. A publicação dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizados pela instituição que detém a guarda do prontuário do paciente e pelo próprio paciente, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não se exclui ainda a necessidade de apresentação de parecer de aprovação de Comitê de ética em Pesquisa sempre que

os dados representarem a análise de tratamentos/ procedimentos experimentais.

DECLARAÇÕES

Após a publicação da obra, sugerimos que os autores atualizem seus respectivos currículos acadêmicos, inserindo as novas informações: ISSN do periódico, nome dos autores, título do estudo recém-publicado, volume e número do periódico e número de paginação.

A Master Editora não emite declarações de publicação de forma automática, uma vez que a comprovação da publicação é o próprio artigo disponibilizado online. Sob esta perspectiva, os autores poderão imprimir os elementos pré-textuais da edição (capa, editorial e índice) e o artigo na íntegra para composição de currículo documentado.

Em caso de necessidade de expedição de declaração de publicação, o interessado deverá solicitar via e-mail (mastereditora@mastereditora.com.br) indicando o título da obra e autoria(s). A Declaração será enviada por e-mail (PDF), sem custo. Caso seja necessário o envio postal, o interessado deverá explicitar esta forma de envio, arcando com a respectiva despesa postal, conforme a modalidade de envio solicitada (carta simples registrada com A.R. ou SEDEX) e CEP.

NORMAS GERAIS E PROCEDIMENTOS EDITORIAIS APÓS A SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos submetidos para publicação no periódico **BJSCR** não devem ter sido divulgados previamente. Serão aceitos para submissão: manuscritos originais, relatos de casos e revisão/atualização da literatura.

A critério do Editor-Chefe do periódico **BJSCR** ou nos casos onde o assunto ou área do conhecimento da obra submetida não sejam de domínio técnico-científico dos atuais membros do Conselho Editorial do periódico BJSCR, ao autor de correspondência poderá ser solicitado a indicar até 4 pareceristas *ad hoc* com titulação de doutor, vinculado à Instituição de Ensino Superior ou Instituto de Pesquisa no Brasil ou no exterior, com expressividade na área de conhecimento do manuscrito a ser publicado, e sem conflito de interesse com a obra ou seus autores.

O manuscrito será submetido inicialmente ao Editor-Chefe do periódico BJSCR para uma análise preliminar de mérito, relevância e contribuição para expansão da fronteira do conhecimento científico, podendo ainda o manuscrito ser aprovado por *ad referendum* do Editor-Chefe do BJSCR.

Autores com expressividade em sua área de atuação também poderão publicar suas obras no periódico sob convite especial do Editor-Chefe do BJSCR.

Com o parecer preliminar favorável do Editor-Chefe, o manuscrito seguirá para análise *ad hoc*. Com parecer desfavorável para a publicação ocorrerá a recusa automática do periódico **BJSCR** em publicar o manuscrito sob a forma de artigo científico, sendo a decisão informada ao autor de correspondência.

Quando e se necessário, serão solicitadas alterações e revisões aos autores. Ao Conselho Editorial do **BJSCR** reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados para publicação, mantendo-se o anonimato do avaliador. Ao periódico **BJSCR** se reserva ainda o direito de realizar alterações textuais de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

Uma vez que o manuscrito submetido seja aceito para publicação, a **Master Editora** e o periódico **BJSCR** passam a deter os direitos autorais exclusivos sobre o seu conteúdo, para fins de publicação, podendo autorizar ou desautorizar a sua veiculação, total ou parcial, em qualquer outro meio de comunicação, resguardando-se a divulgação de sua autoria original. Para tanto, deverá ser encaminhado junto com o manuscrito uma “**Carta de Transferência de Direitos Autorais**” (encaminhada ao autor de correspondência, via e-mail, quando do comunicado de aceitação da submissão do manuscrito). Este documento deve conter o título do estudo, o nome completo e a assinatura dos autores e a data de assinatura.

Manuscrito de pesquisa com seres humanos deverá ser submetido junto com uma cópia do parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado, ou do Comitê de Ética mais próximo da instituição onde o estudo foi realizado. O mesmo procedimento deverá ser adotado, caso a experimentação científica tenha utilizado animais.

Frisa-se que os conceitos emitidos nos textos são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Corpo Editorial do periódico **BJSCR** e da **Master Editora**. Finalmente, a **Editora Master** e o periódico **BJSCR**, ao receber os manuscritos, não assumem tacitamente o compromisso de publicá-los.

Caso o(s) autor(es) motive(m) intencional ou não intencionalmente situações que possam resultar na exclusão de um artigo científico publicado pela *BJSCR*, como por exemplo, em caso de plágio, duplicidade de publicação, falsidade ideológico, dentre outros, caberá ao(s) autor(es) exclusivamente as reponsabilidades civis e/ou criminais sobre suas ações que resultaram na publicação de seu artigo pelo periódico *BJSCR*.

Finalmente, caso o artigo esteja previamente publicado em outro periódico científico e/ou objeto de suscitação de conflito de interesse, a sua exclusão do periódico *BJSCR* não resultará na devolução do valor pago a título de taxa de publicação, respondendo o(s) autor(es) exclusivamente pelas reponsabilidades civis e/ou criminais sobre suas ações.

Em caso de dúvidas, críticas ou sugestões, entre em contato pelo e-mail:
mastereditora@mastereditora.com.br **ou** bjscr@mastereditora.com.br

3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
Av. Brasil, nº 1.000, Bairro Covoá, Goianésia – Goiás
CEP: 76.380-000 – Fone: (62) 3389 7350

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação que os acadêmicos **Allyson Vinicius Bonfim Batista** (703.639.621-07), **Brenda Raniely Ferreira de Carvalho** (055.622.271-77), **Ediênnia Mariana do Nascimento Cândido** (050.811.631-71) e **Gabriella Batista Ferreira** (047.863.441-25) apresentaram oralmente o trabalho intitulado “*A Tomografia de Feixe Cônico no Diagnóstico do insucesso endodôntico: relato de caso*” na X Jornada Odontológica de Goianésia.

Por ser a expressão da verdade firmamos a presente declaração.

Faculdade Evangélica de Goianésia, em Goianésia, Goiás, aos 05 dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e dois (05/12/2022).

Profa. Dra. Maisa França Teixeira
Coordenadora de Trabalho de Curso (TC) do curso de Odontologia
Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG)

4. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA



Alyne Moreira Brasil <alyne.brasil@docente.evangelicagoianesia.edu.br>

BJSCR - COMUNICADO DE ACEITE DE PUBLICAÇÃO

BJSCR - Braz. J. Surg. Clin. Res. <bjscr@mastereditora.com.br>

19 de setembro de 2022 01

Para: "moreira.alyne@gmail.com" <moreira.alyne@gmail.com>,
"alyne.brasil@docente.evangelicagoianesia.edu.br"
<alyne.brasil@docente.evangelicagoianesia.edu.br>

Prezados(as) Autores(a) ALYNE MOREIRA BRASIL, *et al.*,

É com grande satisfação que comunicamos que o manuscrito intitulado "A TOMOGRAFIA DE FEIXE CÔNICO NO DIAGNÓSTICO DO INSUCESSO ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO", está aceito, para publicação em português no periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** (online ISSN: 2317-4404), condicionado a correções, o devido tratamento das fotos do paciente, evitando sua identificação e pagamento da taxa editorial.

5. ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O grupo, composto pelos seguintes integrantes: Allyson Vinicius Bonfim Batista, Brenda Raniely Ferreira de Carvalho, Ediënnia Mariana do Nascimento Cândido e Gabriella Batista Ferreira, acadêmicos do curso de odontologia da faculdade evangélica de Goianésia, está desenvolvendo a pesquisa "A tomografia de feixe cônico no diagnóstico do insucesso endodôntico". Onde por meio de um relato de caso, a presente pesquisa visa analisar os impactos da tomografia computadorizada relacionada a falha de tratamento endodôntico. Este estudo será realizado a partir de informações de um caso clínico, assegurando a privacidade e o sigilo do (a) participante quanto aos dados envolvidos na pesquisa.

PESQUISADORES PRINCIPAIS

Allyson Vinicius Bonfim Batista
ALLYSON VINICIUS BONFIM BATISTA

Brenda Raniely F. de Carvalho
BRENDA RANIELY F DE CARVALHO

Ediënnia Mariana do Nascimento Cândido
EDIËNNIA MARIANA DO N CANDIDO

Gabriella Batista Ferreira
GABRIELLA BATISTA FERREIRA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Alyne Moreira Brasil
ALYNE MOREIRA BRASIL

Consentimento Pós- Informação

Eu CAMILA JUSWIAK SILVA, fui esclarecido sobre a pesquisa (a) "A tomografia de feixe cônico no diagnóstico do insucesso endodôntico" e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Goianésia, 13 de AGOSTO 2022

Assinatura: Camila Juswiak Silva RG 4562863 SSP-GO