

PRÓTESE IMPLANTADA CIMENTADA VERSUS PARAFUSADA: A IMPORTÂNCIA DA SELEÇÃO DO INTERMEDIÁRIO

CEMENT-RETAINED VERSUS SCREW-RETAINED IMPLANT-SUPPORTED PROSTHESES: THE IMPORTANCE OF ABUTMENT SELECTION

Alfredo Júlio FERNANDES NETO*
Flávio Domingues das NEVES**
Célio Jesus do PRADO***

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Este trabalho discute as vantagens e desvantagens das próteses parafusadas em comparação às cimentadas para implantes, fornecendo uma visão crítica ao clínico ou protesista que atue na área. Assim, ao fazer a opção o profissional buscará o melhor para o paciente e não para a empresa que vende os componentes.

RESUMO

Nos últimos anos, a Implantodontia se firmou como uma realidade graças à previsibilidade e à longevidade dos tratamentos. Entretanto, a inclinação e o posicionamento do implante em relação tecido gengival, além das limitações de espaços interoclusais, são aspectos clínicos que, às vezes, dificultavam e até impossibilitavam a confecção de próteses, ora por motivos estéticos, ora por motivos mecânicos. Novos componentes foram desenvolvidos em função de tais necessidades práticas, visando melhor estética e/ou maior resistência, surgindo assim uma gama de pilares trans-epiteliais com o objetivo de facilitar a resolução de problemas clínicos. O recente desenvolvimento de novos componentes preparáveis iniciou uma polêmica: parafusar ou cimentar as próteses implantadas? A vantagem da reversibilidade e a facilidade de reparo das parafusadas contra os procedimentos clínicos rotineiros necessários para as cimentadas. Cimentar ou parafusar a prótese pode ser uma complexa decisão ou uma única estratégia.

PALAVRAS-CHAVE

Implante dentário; prótese dentária;

osseointegração.

INTRODUÇÃO

Duas grandes dificuldades relatadas pelos iniciantes na área da prótese implantada são o planejamento e a seleção dos pilares ou intermediários. O *planejamento* é uma tarefa difícil e decisiva, pois consiste em definir o número, a distribuição, o comprimento, o diâmetro e a inclinação dos implantes para cada caso, almejando a previsibilidade de estética e, principalmente, a longevidade do tratamento.

Neves & Fernandes Neto¹⁶ (1998) afirmam que atualmente a grande maioria dos sistemas de implantes mundialmente utilizados é Branemark-compatível, para os quais existem vários tipos de pilares, cada um com suas vantagens e desvantagens, indicações e contra-indicações.

Como se não bastasse, recentemente surgiram os pilares preparáveis. Assim, a segunda grande dificuldade é a *seleção dos pilares* (Neves et al.^{18,19,20}, 2000). Isso implica, entre outros fatores, em decidir se a prótese será cimentada ou parafusada, abrindo uma polêmica entre os profissionais (Hebel & Gajjar¹², 1997; Chee et al.³, 1999). Próteses parciais cimentadas têm sido preconizadas por sistemas respeitados no mundo inteiro, como o *Astra* e o *Ankylos*, além da *Nobel* e *3i*, que divulgam seus pilares preparáveis em importantes veículos de comunicação odontológica, vendendo como vantagem, a idéia de facilidade técnica e simplicidade no tratamento com próteses implantadas. Uma análise minuciosa se faz necessária, já que interesses comerciais subsidiam algumas afirmações.

*Prof. Titular - Área de Oclusão, Prótese Fixa e Materiais Dentários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia/MG (FOUFU).

** Prof. Adjunto - Área de Oclusão, Prótese Fixa e Materiais Dentários (FOUFU).

*** Prof. Assistente - Área de Prótese Removível FOUFU;

REVISÃO DA LITERATURA

Inicialmente, far-se-á uma revisão da evolução morfológica dos pilares em função das diversas situações clínicas para, posteriormente, discutirem-se os pilares preparáveis. Vale registrar que a seqüência a ser apresentada não seguirá uma ordem cronológica, mas simplesmente didática.

O tratamento utilizando implantes odontológicos ganhou a confiança de pesquisadores em todo o mundo a partir da década de 80, quando foram apresentados trabalhos de acompanhamentos longitudinais de longo prazo, com casuística suficiente para comprovar uma alternativa de tratamento previsível e com satisfatória longevidade (Adell et al.¹, 1981; Albrektsson et al.², 1986; Branemark et al.³, 1985). Dois aspectos respondiam pelo sucesso: o primeiro, e sem dúvida o mais importante, é a justaposição entre osso e implante, denominada pelo Doutor Branemark de "Osseointegração". O segundo, também de grande relevância, são as conexões parafusadas, ou seja, sobre o implante era parafusado um pilar, o qual funcionava como uma peça intermediária entre o implante e o dente (prótese). A prótese também era fixada ao parafuso do pilar por meio de um parafuso de ouro (Branemark et al.³, 1985). O fundamento é que este parafuso de ouro era a peça mais frágil do sistema mecânico, constituindo a "trava de segurança" (Hobo et al.¹³, 1997). Assim, em caso de sobrecarga, o parafuso de ouro desapertaria ou até mesmo fraturaria, indicando ao profissional a presença de alguma falha biomecânica (Weimberg²⁴, 1993; Binon⁴, 1996). Algumas das causas destas falhas poderiam ser: cantilever muito extenso, contatos prematuros ou interferências oclusais, parafunções, número insuficiente de implantes, distribuição não favorável dos implantes. Assim, foram apresentados os casos denominados "protocolos" (Figura 1A a 1D), nos quais cinco ou seis implantes eram posicionados entre os forames

mentonianos em mandíbulas desdentadas totais para suportar uma prótese total fixa com cantilever apresentando um a dois centímetros de comprimento no sentido mesiodistal, bilateralmente (Branemark et al.³, 1985). Embora estes tratamentos apresentassem casuística bastante satisfatória (Albrektsson et al.², 1986; Adell et al.¹, 1981), era difícil sua aplicação em arcos maxilares, em função da fonética e da estética, já que estes trabalhos protéticos confeccionados sobre os pilares standard deixavam aparecer grande quantidade de metal e grandes espaços sob a barra que suporta os dentes (Hobo et al.¹³, 1997).



FIGURA 1 - A - seis implantes com pilares standard, B - Parafuso de ouro sendo apertado com chave, C - final frontal protocolo, D - radiografia panorâmica final.

A necessidade estética exige mudanças. Assim, a forma cilíndrica daquele pilar foi modificada para a forma cônica, surgindo o EstethiCone, possibilitando uma emergência subgingival que conferia estética, sem alterar os princípios biomecânicos, ou seja, a prótese continuava a ser parafusada (Figura 2A a 2D).



FIGURA 2 - A - pilares EstethiCones instalados, B - prótese total fixa parafusada, C - orifícios de acesso dos parafusos preenchidos com resina fotopolimerizável, D - final do caso, vista frontal.

Ainda muito usados atualmente, estes pilares possuem inclinação de paredes de 15°, possibilitando um erro de posicionamento do implante de até 30°. Além disso, esse pilar é apresentado com cintas metálicas cervicais com alturas de 1, 2 ou 3 mm (para posicionamento subgingival), exigindo espaço protético de aproximadamente 7 mm (distância da plataforma do implante ao antagonista). Recomendase um sulco gengival de 1 a 2 mm para regiões posteriores e de 2 a 3 mm para regiões anteriores. Para caso cujo espaço protético impossibilitava o uso deste pilar, foi desenvolvido o *MirusCone*, com as mesmas cintas cervicais do *EsthetiCone*, mas com inclinação de paredes de 20°. Indicados para espaço protético de 4,5 mm ou mais.

Um outro problema, é que a inclinação do implante para vestibular implicava no aparecimento do orifício de acesso ao parafuso de ouro por vestibular (antiestético) ou às vezes impedia a confecção da prótese. Para resolver tal complicação foram desenvolvidos os pilares angulados, que favorecem a emergência da coroa clínica. Embora haja o receio de que a carga oclusal transmitida fora do longo eixo do implante pudesse causar fratura do implante ou reabsorção óssea, recentes estudos de acompanhamentos longitudinais mostram que isso não acontece (Eger et al.¹⁰, 2000; Sethi et al.²³, 2000).

Recentemente, em 2000, a *NobelBiocare* lançou o pilar *Multi-unit*. Algumas de suas características são: pode ser utilizado para próteses parciais ou totais (contra-indicado para prótese unitária), possui várias alturas de cintas, é compatível com todos os sistemas Branemark indicados para próteses parafusadas, pode ser empregado para espaços protéticos de 5 mm, além da opção de angulados, que foram lançados em 2002. Estão disponíveis para as plataformas estreita, regular e larga, substituindo os pilares *Standard*, *Estheticone*, *MirusCone* e *Angulado*.

Um fato não muito raro, que ainda

acontece, é o posicionamento do implante superficialmente em relação ao tecido gengival. Isso provocou o desenvolvimento do pilar *UCLA*, um tubo de plástico, podendo ou não ter a base em ouro, que permite inúmeras possibilidades: confecção da prótese a partir do implante, sem a necessidade de um intermediário, podendo ser utilizado para casos individuais (com hexágono interno) e múltiplos (sem hexágono interno), na confecção de barras para *overdentures* quando o espaço protético dificultaria a confecção de uma prótese total resistente a fraturas, devido à grande abertura interna necessária para acomodar um intermediário e a barra sobre este (Neves et al.^{18,19}, 2000). O mesmo tubo plástico pode ainda ser usado como base para um enceramento, podendo ou não receber um tubo-parafuso, confeccionando-se um "núcleo", sobre o qual a coroa ou a prótese pode ser cimentada ou parafusada, respectivamente.

Aqui, deve-se fazer uma pequena, mas importante observação: o pilar *UCLA* confeccionado em ouro parece possibilitar uma melhor saúde gengival. Talvez em função da melhor adaptação dos pilares pré-fabricados (Byrne et al.⁶, 1998), inclusive deste em ouro, do que os fundíveis, há um maior potencial para o surgimento de problemas gengivais e galvânicos, dependendo da liga utilizada na fundição. Este pilar deve ser utilizado somente em casos complexos, nos quais os outros pilares pré-fabricados não podem resolver satisfatoriamente o problema (Neves et al.^{18,19}, 2000). Mas os problemas com estes pilares não acabam por aí. Nos casos em que emergem diretamente do implante, em vários sistemas o dente é mantido ao implante por meio de um parafuso de titânio, que passa a ser a zona frágil, só que agora no interior do implante. Em caso de fratura deste, torna-se mais difícil a sua substituição.

Para os casos de próteses individuais, o desenvolvimento do pilar *STR*

pelo Doutor Torstem Jemt (Jemt et al.¹⁴, 1989) marcou uma grande diferenciação entre próteses individuais - cimentadas, e as múltiplas - parafusadas, embora uma pequena alteração do anel de ouro do *EsthetiCone* possibilitasse um contato na superfície hexagonal de sua base, permitindo seu uso também para trabalhos individuais parafusados. Sem dúvida, com o desenvolvimento do *CeraOne* a partir do *STR*, as próteses passaram a ser cimentadas sobre pilares que recebiam torque de 32 Ncm de aperto em parafuso de ouro (Lang et al.¹³, 1999), representando quase que uma norma para os casos individuais anteriores (Figura 3A a 3B), já que estes pilares não eram indicados para a região posterior em implantes convencionais (plataforma regular), segundo Neves et al.^{18,19} (2000).



FIGURA 3 - A - pilares *CeraOne* instalados em implantes posicionados em área de grande sulco gengival. B - coroas unitárias cimentadas.

Surgiram então, como já comentado, os pilares preparáveis (Figura 4A a 4D), na verdade derivados dos antigos pilares tipo *post*, tubos em titânio presos ao implante através de parafuso de titânio, que eram preparados de forma similar ao de uma prótese fixa em dentes naturais, seguido de procedimentos técnicos convencionais (Dario⁸, 1996). As novas versões apresentavam-se com parafusos em ouro com dispositivos anti-torque específicos para uma carga de 32 Ncm, para os da *Nobelbiocare*, ou revestidos de ouro

24 quilates para uma "lubrificação sólida", no caso do parafuso "goldtite" da *3i*, entre outros. São vantagens consideráveis, mas que deixam dúvidas: podemos ou devemos confeccionar próteses parciais fixas múltiplas sobre pilares preparáveis, cimentadas definitivamente?



FIGURA 4 - A - pilar preparado e instalado. B - cimentado no interior da coroa protética. C - remoção do excesso de material cimentante. D - aspecto final da prótese concluída.

Um fator que também deve ser levado em consideração é que na junção pilar/implante não há justaposição perfeita, muito embora tal desadaptação esteja num limite muito satisfatório para diversos fabricantes (Dellow et al.⁹, 1997; Neves et al.²⁰, 2001; Binon⁴, 1996). Mesmo assim, sendo a prótese parafusada ou não, sempre haverá a possibilidade de colonização de microrganismos nesta área (Quirynem & Steemberg²¹, 1993; Quirynem et al.²², 1994; Gross et al.¹¹, 1999). Isso representa um fator em potencial para o surgimento de mucosites, que dificilmente podem ser tratadas sem a remoção da prótese.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a correta seleção do pilar, a inclinação do implante, o espaço protético, a altura e a espessura gengival são aspectos fundamentais, porém alguns "prós" e "contras" das próteses parafusadas, bem como das cimentadas, devem ser considerados. Quanto às parafusadas, o fator reversibilidade, no caso de um possível reparo ou para manutenção, provavelmente seja sua principal vantagem, fazendo com que haja praticamente unanimidade dos autores ao indicar este tipo de prótese

para casos extensos, presença de *cantilever* e espaço protético limitado, uma vez que sua retenção e estabilidade são bastante previsíveis graças ao parafuso de fixação (Chee et al.⁷, 1999; Neves et al.^{18,19}, 2000).

Ironicamente, as desvantagens destas próteses parafusadas relacionam-se ao mesmo parafuso, quando da ocorrência de desapertos e a presença do orifício de acesso a ele, que pode comprometer a estética, enfraquecer a porcelana ou dificultar a obtenção de contatos oclusais estáveis (Chee et al.⁷, 1999; Neves et al.^{18,19}, 2000).

Quanto às cimentadas, há pilares específicos para os casos individuais e pilares preparáveis, que podem ser utilizados tanto para casos individuais como para múltiplos. A grande maioria das próteses individuais, desde o fim dos anos 80 e início dos 90, tem sido cimentada, parecendo ser este o caminho mais viável para estes trabalhos. Neste sentido, os pilares preparáveis trazem consigo a importante vantagem de permitir reproduzir o contorno sinuoso do tecido gengival e, conseqüentemente, manter a uniformidade da profundidade do sulco gengival, resultando em maior facilidade de remoção do cimento (Agar et al.², 1997; Chee et al.⁷, 1999; Neves et al.^{18,19}, 2000) e realização da higienização, resultando em melhor saúde gengival. Porém, as situações de espaço protético limitado e o posicionamento desfavorável dos implantes podem implicar em preparos com pouca retenção, podendo comprometer o sucesso da prótese. Tais observações são aplicáveis tanto para casos individuais como para múltiplos.

Baseado no exposto, pode-se perceber que tanto a prótese parafusada quanto a cimentada pode ser a melhor opção de um determinado caso, embora algumas vezes, a escolha é pessoal (Dario⁶, 1996). Em algumas situações, somente uma opção é a adequada. O que não se pode aceitar são as afirmações de simplicidade técnica quando se

faz uso do pilar preparável. O que realmente ocorre é que os procedimentos clínicos e laboratoriais são rotineiros, mas nem por isso são simples. Os procedimentos de instalação, moldagem e demais etapas clínicas envolvendo pilares cujas próteses serão parafusadas são bem mais simples do que qualquer reabilitação parcial ou total com prótese fixa convencional. Não se pode deixar influenciar por possíveis jogadas de "marketing", uma vez que a falsa idéia de simplicidade técnica pode aumentar o número de usuários e, obviamente, as vendas da empresa, principalmente porque é mecanicamente mais fácil produzir um tubo para ser preparado pelo protesista/técnico do que um pilar fresado.

Antes de decidir sobre uma ou outra alternativa, algumas perguntas deveriam ser respondidas: a reversibilidade da prótese seria desprezível? Será que próteses extensas ou totais cimentadas definitivamente sobre junções pilar/implante, que não impedem a penetração bacteriana (Gross et al.¹¹, 1999), não precisarão de manutenção algum dia? E se precisar, quem arcaria com os altíssimos custos de uma nova prótese? A não completa remoção do cimento subgengival não aumentaria o índice de mucosite? São algumas dúvidas, cujas respostas no futuro poderão se tornar óbvias. Por hora, a cautela e a experiência indicam a preferência por próteses parafusadas sempre que a posição do implante permitir, sendo, portanto, a primeira opção de tratamento. As Figuras 5A a 5B e 6A a 6D são dois casos distintos de próteses múltiplas que precisaram ser removidas. A primeira foi seccionada e a segunda desapertada.



FIGURA 5 - A e B - próteses cimentadas que foram removidas da boca após seccionamento.



FIGURA 6 - A - prótese parafusada apresentando um dos parafusos de ouro fraturado, B - radiografia evidenciando o parafuso de ouro no interior do parafuso de pilar, no primeiro pré-molar, C - prótese retirada da boca, D - após a substituição do parafuso de ouro a mesma prótese continua em função.

ABSTRACT

In recent years, the Implant Dentistry has consolidated as a reality due to the predictability and longevity of the treatments. However, clinical aspects like the inclination of the implant, its positioning in relation to gingival tissue and the limitations of interridge space could complicate or even make the prostheses construction impossible. So, new components were developed to aim for achieving better esthetics or greatest resistance. In this way, a large number of abutments were developed with the objective of make easy the solution of these clinical problems. The recent development of new components to cement-retained prostheses started the controversy about screwing or cementing the implant supported prostheses. The screw-retained prostheses show as advantages the reversibility and facilities in repair; and the disadvantage of cement-retained prostheses are the routine clinical procedures for the experienced practitioner. The choice of to use the screw-retained or cement-retained implant prostheses may be a complex decision for the only strategy.

KEYWORDS

Dental implantation; dental prosthesis; osseointegration.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADELL, R. et al. A 15-years study of osseointegrated implants in the treatment of edentulous jaw. *Int. J. Oral Surg.*, Copenhagen, v.10, n.6, p. 387-416, Dec. 1981.
2. AGAR, J.R. et al. Cement removal from restoration luted to titanium abutments with simulated subgingival margins. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v.78, n.1, p.43-47, Jul. 1997.
3. ALBREKTSSON, T. et al. The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, Carol Stream, v.1, n.1, p. 11-25, Summer 1986.

4. BDNON, P.P. The effect of implant/abutment hexagonal misfit on screw joint stability. *Int. J. Prosthodont.*, Lombard, v.9, n.2, p.149-160, Mar./Apr. 1996.

5. BRANEMARK, P.I.; ZARB, G.A.; ALBREKTSSON, T. Introduction in osseointegration. In: *Tissue-Integrated Prostheses. Osseointegration in clinical dentistry*. Chicago: Quintessence Books, 1985. cap.1, p. 15-24.

6. BYRNE, D. et al. The fit of cast and premachined implant abutments. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v.80, n.2, p.194-192, Aug. 1998.

7. CHEE, W. et al. Cemented versus screw-retained implant prostheses: which is better? *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, Carol Stream, v.14, n.1, p.137-141, Jan./Feb. 1999.

8. DARJO, L.J. Implant angulation and position and screw or cement retention: clinical guidelines. *Implant. Dent.*, Baltimore, v.5, n.2, p.101-104, Summer 1996.

9. DELLOW, A.O.; DRIESSEN, C.H.; HANNES, J.C. Scanning electron microscopy evaluation of the interfacial fit of interchangeable components of four dental implant systems. *Int. J. Prosthodont.*, Lombard, v.10, n.3, p.216-221, May/Jan. 1997.

10. EGER, D.E.; GUNSOLLEY, J.C.; FELDMAN, S. Comparison of angled and standard abutments and their effect on clinical outcomes: a preliminary report. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, Carol Stream, v. 15, n.6, p. 819-823, Nov./Dec. 2000.

11. GROSS, M. et al. Microleakage at the abutment-implant interface of osseointegrated implants: A comparative Study. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, Carol Stream, v.14, n.1, p.94-100, Jan./Feb. 1999.

Jan./Feb. 1999.

12. HEBEL, K.S.; GAJJAR, R.C. Cement-retained versus screw-retained implant restorations: achieving optimal occlusion and esthetics in implant dentistry. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v.77, n.1, p.28-35, Jan. 1997.

13. HOBOS, S.; ICHIDA, E.; GARCIA, L.T. *Osseointegração e reabilitação oclusal*. São Paulo: Quintessence, 1997. 462 p.

14. JEMT, T.; LEKHOLM, U.; ADELL, R. Osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous patients: a preliminary study on 876 consecutively placed fixture. *Int. J. Maxillofac. Implants*, Carol Stream, v.4, n.3, p. 241-247, Fall 1989.

15. LANG, L.A. et al. The effect of the use of a counter-torque device on the abutment-implant complex. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v.81, n.4, p.411-417, Apr. 1999.

16. NEVES, F.D.; FERNANDES NETO, A.J. Utilização de implante para resolução de uma perda dental individual posterior - discussão do planejamento de quatro casos. *BCI - Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia*, Curitiba, v.5, n.4, p. 43-49, out./dez. 1998.

17. NEVES, F.D.; FERNANDES NETO, A.J. Próteses sobre implante - el pilar CerAdaptTM Optimizando la estética gingival. *Revista del ilustre consejo general de colegios de odontólogos y estomatólogos de España - RCOE*, [S.l.], v.4, n.6, p. 579-584, Dez. 1999.

18. NEVES, F.D.; et al. Seleção de intermediários para implantes

Branemark-compatíveis. Parte I: casos de implantes múltiplos. *PCL - Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial*, Curitiba, v.2, n.5, p.58-79, jan./fev. 2000.

19. NEVES, F.D.; et al. Seleção de intermediários para implantes Branemark-compatíveis. Parte II: casos de implantes individuais. *PCL - Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial*, Curitiba, v.2, n.6, p.8-25, mar./abr. 2000.

20. NEVES, F.D. et al. Estudo comparativo da adaptação entre pilares e implantes de sete diferentes sistemas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA MECÂNICA, 16., 2001, Uberlândia. *Anais... Uberlândia: [s.n.]*, 2001. v. 1, p.325.

21. QUIRYNEN, M.; STEEMBERGHÉ, D. Bacterial colonization of the internal part of two-stage implants. An in vivo study. *Clin. Oral Implants Res.*, Copenhagen, v.4, n.3, p.158-161, Sep. 1993.

22. QUIRYNEN, M. et al. Microbial penetration along the implant components of the Branemark system. An in vitro study. *Clin. Oral Implants Res.*, Copenhagen, v.5, n.4, p.239-244, Dec. 1994.

23. SETHI, A.; KAUS, T.; SOCHOR, P. The use of angulated abutments in implant dentistry: five-year clinical results of an ongoing prospective study. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, Carol Stream, v.15, n.6, p. 801-810, Nov./Dec. 2000.

24. WEINBERG, L.A. The biomechanics of force distribution in implant-supported prostheses. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, Carol Stream, v.8, n.1, p.19-31, Jan./Feb. 1993.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Prof. Dr. Flávio Domingues das Neves
Av. Paró, 1720/2B/2801 - 38400-902 Uberlândia, MG
E-mail: neves@triang.com.br



CLINFACE
ODONTOLOGIA
Implante, Cirurgia Oral, Trauma de Face
Cirurgia Ortognática, Cirurgia Maxilo-Facial, Periodontia

Paulo Barbosa Andrade
Prof. de cirurgia - FO - UFG
CRO 2902 - Especialista - Pós Graduação

*USP - Bauri - SP *Cirurgia Maxilo Facial
**UNESP - Araraquara - SP **Periodontia

Rua 15 nº 858, St. Marista, 1ª Qd. Abaixo da Net
CEP: 74150-150, Goiânia, Goiás
Fone: (062) 245-1295 / 281-7204 / 973-6837

**Ortodontia e
Ortopedia Facial**
rubens rodrigues tavares

CRO-GO 2363

Tel: (62) 215-8182
(62) 215-8210

Rua 06 nº 370, Ed. Empire Center
Sala 907, St. Oeste - Goiânia - GO
rubensrtavares@uoi.com.br



**CLÍNICA DE
ORTODONTIA MARTINS**
Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares
(adultos e crianças)

Dr. Aldemiro Nunes Martins
ESPECIALISTA EM ORTODONTIA E ORTODONTIA FACIAL - CRO 3905
PROFESSOR CONVIDADO CURSO ORTODONTIA UFPR

Rua 15 nº 1738, Setor Marista - Goiânia - GO
Telefax: (062) 281-8280 - E-mail: draldemiro@cultura.com.br