



FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

IZADORA NEVES MARCATTO

**ESTRATÉGIA PARA AUMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO  
DURANTE UMA REABILITAÇÃO COMPLEXA EM PACIENTE COM  
PARAFUNÇÃO SEVERA – RELATO DE CASO**

Araçatuba- SP

2025



FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

IZADORA NEVES MARCATTO

**ESTRATÉGIA PARA AUMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO  
DURANTE UMA REABILITAÇÃO COMPLEXA EM PACIENTE COM  
PARAFUNÇÃO SEVERA – RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Prótese dentária

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sversut de Alexandre.

Araçatuba - SP

2025

Marcatto, Izadora.

Estratégia para aumento da dimensão vertical de oclusão durante uma reabilitação complexa em paciente com parafunção severa – Relato de caso / Izadora Marcatto – 2025.

25 f. : il.

Orientador: Rodrigo Sversut de Alexandre.

Monografia (pós-graduação) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2025.

1. Hábito Parafuncional. 2. Bruxismo. 3. Dimensão Vertical de Oclusão.

I. Título

II. Rodrigo Sversut de Alexandre.



FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

Monografia intitulada “Estratégia para aumento da dimensão vertical de oclusão durante uma reabilitação complexa em paciente com parafunção severa – Relato de caso” de autoria da aluna Izadora Neves Marcatto, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof(a) Dr. Rodrigo de Alexandre Sversut - Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas – Orientador

---

Nome do examinador – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas –  
Examinador

---

Nome do examinador – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas –  
Examinador

Araçatuba - SP, 29 de janeiro de 2025.

## RESUMO

O bruxismo é um hábito parafuncional, caracterizado por movimentos involuntários de ranger ou apertar dos dentes. De natureza multifatorial, pode estar intimamente associado ao estado emocional do paciente, haja vista que o estresse é determinado como um dos fatores causais. Essa condição desestabiliza o funcionamento do sistema estomatognático, causando desgastes dentários, desequilíbrio oclusal e diminuição da dimensão vertical de oclusão, prejudicando a mastigação, fonação e por consequência a estética. Esses casos exigem reabilitações orais complexas, é necessário um planejamento clínico detalhado, frequentemente há necessidade de restabelecer a DVO. A correta determinação da DVO é de suma importância, pois é ela que irá definir o sucesso da reabilitação. O objetivo deste trabalho é através de um caso clínico, apresentar as etapas clínicas de planejamento e execução de uma reabilitação oral com restabelecimento da dimensão vertical de oclusão de um paciente bruxista. O controle da parafunção e acompanhamento periódico desse tipo de paciente é fundamental para um bom prognóstico e longevidade da reabilitação oral.

**Palavras-chaves:** Hábito parafuncional, bruxismo, dimensão vertical de oclusão.

## **ABSTRACT**

Bruxism is a parafunctional habit characterized by involuntary teeth grinding or cleanching. With a multifactorial nature, it is closely associated with the patient's emotional state, as stress is identified as one of the causal factors. This condition destabilizes the functioning of the stomatognathic system, causing dental wear, occlusal imbalance, and a decrease in vertical dimension of occlusion, negatively impacting chewing, speech, and, consequently, aesthetics. Such cases require complex oral rehabilitations and detailed clinical planning, often involving the reestablishment of the vertical dimension of occlusion (VDO). The correct determination of the VDO is crucial, as it determines the success of the rehabilitation. The aim of this work is to present, through a clinical case, the clinical stages of planning and executing oral rehabilitation with the reestablishment of the vertical dimension of occlusion for a bruxist patient. Controlling parafunctional habits and providing periodic follow-ups for these patients are essential for achieving a good prognosis and the longevity of the oral rehabilitation.

**Keywords:** Parafunctional habit, bruxism, vertical dimension of occlusion.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Relato de caso.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Discussão.....</b>	<b>19</b>
<b>4. Conclusão.....</b>	<b>21</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>22</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Originada do grego “bruchein”, a palavra Bruxismo significa o apertamento dos dentes ou ranger dos mesmo com ausência de funcionalidade muscular mastigatória. Segundo Mejias, o termo “Bruxomania” foi utilizado primordialmente na literatura odontológica datado em 1907, posteriormente em 1931 houve uma mudança e o termo foi substituído por “Bruxismo”, que se utiliza até os dias atuais (Mejias et al., 1982).

O bruxismo é caracterizado por uma desordem complexa e de natureza multifatorial, porém sua etiologia é indefinida. Diferentes autores se dedicam a estudar a etiologia do bruxismo, esse hábito parafuncional tem sido amplamente associado ao stress e desordens oclusais, ou a união deles (Ben W. et al., 1985)

Suas consequências apresentam riscos para disfunções temporomandibulares, dores miofasciais, desgastes dentários e nas piores hipóteses as fraturas, podendo causar desequilíbrio oclusal, afetando diretamente na diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (Mukai et al., 2010). A Dimensão Vertical de Oclusão é a altura da face em uma distância vertical entre dois pontos fixados, um deles situado na maxila e o outro na mandíbula, de modo que as superfícies oclusais estejam em contato (Guertin et al., 2003)

Os métodos métricos, estéticos e fonéticos auxiliam na determinação da Dimensão Vertical de Oclusão. Através do método métrico a DVO será obtida por meio da distância interoclusal, essa é determinada a partir da distância entre os dois pontos, um deles abaixo do nariz e outro no mento, a medição é realizada no momento de repouso da mandíbula, e posteriormente medida quando os dentes estão em contato, na máxima intercuspidação habitual, dessa forma é feito a comparação entre essas medidas. A diferença entre essas duas métricas é denominada Espaço Funcional Livre (EFL). Estaremos diante de uma DVO diminuída, quando o EFL se apresentar maior que 2 a 4 milímetros, caso seja menor que 2 milímetros resultam de um aumento da DVO (Dantas et al., 2013).

Em 1930, Willis desenvolveu um compasso na formatação de L, para ser utilizado no método métrico, com o intuito de determinar a distância entre os dois pontos (nariz e mento), haja vista que para determinar a DVO não é o ideal utilizar apenas esse método de forma isolada (Harper et al., 2000). A Dimensão vertical de oclusão é determinada no método estético a partir da análise facial do paciente, verifica-se a harmonia dos terços da face, principalmente a do terço inferior e foco nos sulcos nasogenianos e o suporte labial (Dantas et al., 2013).

O insucesso do tratamento reabilitador pode estar associado ao incorreto restabelecimento da DVO (Dantas et al., 2013). O restabelecimento da DVO em pacientes diagnosticados com parafunção severa exigem um tratamento de reabilitação oral que estabilize esses problemas, evitando a recorrência dos hábitos (Moshaverinia et al., 2013).

São vastas as possibilidades de tratamentos reabilitadores indicados para esses casos, bem como confecção de Overlays (Bataglione et al., 2012; Costa et al., 2002; Mukai et al., 2009), restaurações diretas ou indiretas em resina composta (Hummel et al., 2012), próteses parciais fixas (Romão et al., 2012; Moshaverinia et al., 2013)

O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente com perda de dimensão vertical de oclusão resultantes de hábitos parafuncionais, foi realizado a reabilitação com coroas totais em Dissilicato de Lítio nos dentes anteriores superiores e próteses sobre implantes metalocerâmicas nos posteriores inferiores, com o intuito de devolver função mastigatória e melhora estética.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 57 anos de idade, apresentou-se à clínica para atendimento, como queixa principal, relatou insatisfação com seu sorriso devido ao desgaste dentário e dificuldade de mastigação. Após o exame clínico intraoral notou-se desgaste dental severo, por consequência, perda de dimensão vertical de oclusão (DVO), o que ocasionou uma modificação em sua mordida, de modo que os dentes inferiores sobrepõem os poucos remanescentes anteriores superiores, assim como podemos ver nas imagens (Fig. 1, 2 e 3).



**Fig.1, 2 e 3** – Sequência da oclusão do caso inicial

Fonte: Acervo pessoal

Na análise facial do paciente notou-se diminuição do terço inferior da face, perda de suporte labial e tecidos periorais, realçando o sulco nasolabial, que traz para a face um aspecto envelhecido, afetando a autoestima (Fig. 4).



**Fig. 4 –** Fotografia inicial da face

Fonte: Acervo pessoal

Ao visualizar o exame radiográfico, constatou-se que as coroas dos dentes 12 ao 23 se apresentavam com desgaste exacerbado, resultando em pouco remanescente coronário. Os dentes 12, 21, 22 e 23 já apresentavam tratamento endodôntico e selamento do material obturador satisfatórios (Fig. 5). O dente 11 foi encaminhado para a endodontia. A cirurgia para instalação dos implantes na região dos dentes 24, 35, 36, 44, 45 e 46 já estava agendada.



**Fig. 5 – Radiografia panorâmica inicial**

Fonte: Acervo pessoal

Devido à complexidade do caso, o planejamento iniciou-se com uma moldagem superior e inferior com silicone de condensação (Ylller), visto que seria necessário restabelecer a DVO do paciente para iniciar uma reabilitação com coroas totais sobre dentes e próteses fixas sobre implantes era necessário espaço oclusal. Os modelos foram enviados ao laboratório protético para confecção de bases de prova em resina acrílica termopolimerizável e o plano de orientação em cera 7 para as regiões edêntulas da arcada inferior e para a região dos dentes 12 ao 24, através dele foi possível a estabilização entre os arcos, permitindo o registro.

O Conjunto com a base de prova e o plano de orientação em cera superior foi levado para a boca do paciente, o plano superior foi determinado com o auxílio da Régua de Fox, a cera do plano de orientação foi ajustada até obter compatibilidade com o plano horizontal e o plano de Câmper. Após estabelecer o plano superior, a base de prova inferior também foi levada a boca, para que fossem feitos os ajustes no plano de orientação inferior até estabelecer a altura da DVO necessária. O método métrico de Willis foi utilizado para determinar a altura dos planos de orientação, até obter proporcionalidade dos terços faciais. É válido informar que os passos são semelhantes à orientação de uma prótese total.

Para confirmar a DVO restabelecida foi utilizado o método fonético para verificar se o Espaço Funcional Livre não foi invadido. Após a adequação dos planos de orientação superior e inferior, conseguimos uma relação de oclusão estável, possibilitando o registro

interoclusal, foi feito canaletas nos roletes superior e inferior com o auxílio do lecron, posteriormente as bases de prova foram levadas para a boca, foi aplicado uma fina camada de silicone de adição para registro nas canaletas, foi feito a manipulação do paciente em RC, os modelos foram retirados unidos da boca. As canaletas permitem que os planos de orientação possam ser colocados na mesma posição, já que o material de registro escoia pelas canaletas e copia o seu formato.

Para restabelecer a nova dimensão vertical de oclusão foram utilizados métodos métricos e fonéticos, os planos de cera foram orientados observando todos os padrões estéticos como o selamento labial, pequena exposição de cera do rolete superior ao sorrir, suavização do sulco nasolabial. (Fig. 6 e 7).



**Fig. 6 e 7** – Base de prova com plano de orientação em cera

Fonte: Acervo pessoal

Os registros foram enviados ao laboratório protético para confecção do enceramento diagnóstico. Para o Mock-up (ensaio restaurador estético) foi confeccionado uma barreira de silicone copiando os dentes encerados, foi preenchido com resina bisacrílica cor B1 (FGM) e levado em posição na boca para avaliação estética, funcional e aprovação do paciente, após a aprovação foram feitos os ajustes para que o paciente pudesse ir embora com o mock-up, já que ele foi o material de eleição para provisório.

O plano de tratamento consistiu no reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão baseado no planejamento através de coroas totais em Dissilicato de Lítio nos dentes 13 ao 23 e coroas sobre implantes metalocerâmicas nos dentes 24, 35, 36, 44, 45 e 46, após a finalização da reabilitação foi indicado a estabilização do hábito parafuncional com o uso de dispositivo intraoral.

No primeiro momento realizou-se radiografias periapicais dos dentes 13-23 para definir a quantidade de desobturação dos canais, profilaxia com escova robson, pedra pomes e água, seguido por isolamento relativo, desobturação dos canais radiculares com broca largo, limpeza com escova profilática para conduto (Mk Life), seleção dos pinos de fibra de vidro (Whitepost System DC – Dentscare Ltda) de número 3 para os caninos e número 2 para os demais dentes, com os pinos selecionados, o condicionamento dos condutos foram feitos com ácido fosfórico 37% durante 20 segundos, lavagem abundante, secagem com cone de papel absorvente e aplicação do sistema adesivo (3M).

Foi aplicado silano em toda a superfície dos pinos de fibra de vidro, com o auxílio de uma ponta misturadora (T-Mixer Colibri) os condutos foram preenchidos com cimento Allcem Core, inserção dos pinos nos condutos e confecção dos munhões em resina composta (Ultradent), seguido de fotopolimerização com fotopolimerizador Valo.

Na sequência foram feitos os preparos para coroa total com pontas diamantadas (KG Sorensen), inserção dos fios retratores (técnica do duplo fio) #00 e #000 (Ultrapack) embebidos com solução hemostática (Biodinâmica), já nos implantes foi feita a remoção dos cicatrizadores e colocação dos transferentes, por fim, moldagem em passo único com silicone de adição (Panasil). Para o registro oclusal foi necessário recolocar os provisórios em bisacrílica na região do 24, 35, 36, 44, 45 e 46 e registrar a posição com material específico para registro oclusal.

Após a moldagem, com o auxílio de uma escala de cor e um espelho de mão, foi feita a seleção de cor das peças juntamente com o paciente. A cor de eleição foi B1, pois o paciente almejava uma cor clara, porém sem perder a naturalidade. Os moldes foram encaminhados para o laboratório protético para confecção das peças.

Na consulta de cimentação, já com as peças finalizadas, realizaram-se a prova a seco das coroas do 13 ao 23 e prova das coroas sobre implante. Após a aprovação do Cirurgião-Dentista e paciente, as peças do 13 e 23 foram preparadas com ácido fluorídrico 10% (FGM) por 20 segundos, lavagem abundante e secagem, seguido de limpeza com ácido fosfórico a 37% durante 1 minuto, lavagem e secagem das peças, aplicação do silano. Na sequência, foi realizado condicionamento ácido fosfórico 37% nos dentes 13 ao 23 por 20 segundos, lavagem abundante, secagem, aplicação do sistema adesivo (3M), evaporação do solvente e fotopolimerização por 40 segundos.

As coroas totais foram cimentadas com cimento resinoso dual Allcem Translúcido (FGM), após 4 minutos foi feita aplicação do fotopolimerizador em todas as faces. As coroas sobre implantes foram parafusadas e torqueadas, as entradas dos parafusos vedados com teflon e resina composta (Ultradent), seguido por ajuste oclusal e remoção dos excessos de cimento.

Após a finalização da cimentação, foi realizado duas moldagens, uma delas com o intuito de confeccionar uma placa de proteção provisória, que foi entregue para o paciente no mesmo dia da cimentação, até que a placa definitiva estivesse pronta. A outra moldagem foi encaminhada para o laboratório protético para confecção do dispositivo intraoral definitivo. Após 15 dias, o paciente retornou ao consultório para instalação do dispositivo intraoral definitivo, controle da reabilitação e fotografias finais (Fig. 8, 9, 10,11 e 12)



**Fig. 8** – fotografia final da face  
Fonte: Acervo pessoal



**Fig. 9** – fotografia final de perfil  
Fonte: Acervo pessoal



**Fig. 10** – Fotografia final de perfil

Fonte: Acervo pessoal



**Fig. 11** – Fotografia final do sorriso de perfil

Fonte: Acervo pessoal



**Fig. 12** – Fotografia final do sorriso

Fonte: Acervo pessoal

### 3. DISCUSSÃO

Os seguintes autores (Pereira et al., 2006; Windchy et al., 1998; Rodrigues et al., 2006) ressaltam que o estresse emocional, ansiedade, tensão e o desequilíbrio oclusal, em correlação, tem como sequela o bruxismo, que pode surtir como efeito a alteração de Dimensão Vertical de Oclusão. Casos como esse são cada vez mais recorrentes na rotina clínica, exigem como parte do tratamento reabilitador protético a recuperação da Dimensão Vertical de Oclusão.

O desgaste exacerbado causado pelo bruxismo gera um dano irreversível para as superfícies oclusais e incisais dos dentes, que por consequência interfere na estabilização oclusal, funcional e estética (Machado et al., 2007). Uma tarefa complexa e detalhada é a reabilitação de pacientes que apresentam desgaste oclusal severo, a solução é de grande desafio para o Cirurgião-Dentista (Sato et al., 2000)

O ponto de partida para um tratamento reabilitador protético, segundo Valenga, é determinar corretamente a alteração da dimensão vertical de oclusão, pois isso irá refletir no restabelecimento da função e estética. O sucesso e qualidade da reabilitação final está intimamente relacionada a correta determinação da (DVO) (Naconecy et al., 2003)

Trentin et al., 2016 destaca a relevância do método de obtenção dos registros maxilomandibulares para determinação da DVO. O correto restabelecimento provê ao sistema estomatognático o equilíbrio funcional dos músculos do terço inferior, proporcionando uma melhora facial, com a suavização dos sulcos nasogenianos, além de auxiliar na função mastigatória, deglutição e fala, resultando em qualidade de vida para o paciente. Frequentemente para o registro da relação maxilomandibular utiliza-se a base de prova fabricada em acrílico e rolete de cera (Silva et al., 2011).

A instalação de provisórios é de extrema importância em reabilitações que necessitam de restabelecimento da DVO, seja qual for a técnica provisória de escolha, ela irá auxiliar na adaptação fisiológica frente a nova dimensão, além disso possibilita o diagnóstico oclusal, com a função, estética e também a fala (Dantas et al., 2012)

Dessa forma garante maior previsibilidade para o tratamento reabilitador que será finalizado (Leite et al., 2019)

Frente a isso, no presente relato houve a necessidade de aumento da DVO, devido a ausência dos dentes posteriores inferiores bilateralmente e desgaste severo dos dentes na região ântero-superior de modo que as coroas foram gastas quase em sua totalidade, restando pouco remanescente. Para encontrar a posição maxilomandibular foi confeccionado uma base de prova em resina acrílica termopolimerizável sobre os modelos e plano de orientação em cera nas regiões citadas, isso permitiu estabilizar os arcos e o registrar os contatos oclusais. Para determinar a altura dos planos de orientação foi utilizado o método métrico proposto por Willis, complementado pelo método fonético e estético. Essa abordagem auxiliou a confecção do enceramento diagnóstico, e através dele a instalação dos provisórios dentro da nova DVO, neste caso, o material de escolha de eleição foi a resina bisacrílica. Essa etapa é importante para adaptação do sistema estomatognático que necessita de tempo para modulação.

#### **4. CONCLUSÃO**

O presente caso clínico enfatiza a importância de um planejamento rigoroso, com atenção aos detalhes que a oclusão do paciente com parafunção severa apresenta. As reabilitações com aumento da dimensão vertical de oclusão são desafiadoras, porém quando bem planejadas e executadas de modo a respeitar os limites funcionais e estéticos com controle da parafunção através dos acompanhamentos rotineiros, apresentam um bom prognóstico e longevidade da reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MEJIAS, J. E.; MEHTA, N. R. Subjective and objective evaluation of bruxing patients un-dergoing shortterm splint therapy. *J Oral Rehabil*, v. 9, p. 279-89, 1982.
- B. W. Bruxism and its effects on the natural teeth. *J Prosthet Dent*, v. 53, n. 5, p. 692-6, 1985.
- Mukai MK. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. *Revista de Pós Graduação*, v. 17, n.3, p. 167-72, 2010.
- Guertin G, Prostho C. The evaluation of occlusal vertical dimension. *Journal dentaire du Québec* 2003; 40: 241-243.
- DANTAS, E.M. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto* 2012, v.20, n.40, p.41-48, mai. 2013.
- Harper RP, Mish CE. Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion. *Quintessence Internacional* 2000; 31(4):275.
- Moshaverinia A, Kar K, Aalam AA, Takanashi K, Kim JW, Chee WW.. A multidisciplinary approach for the rehabilitation of a patient with an excessively worn dentition: A clinical report.. *J Prosthet Dent*.. 2014 doi: 10.1016/j.prosdent.2013.11.006.
- Bataglioni C, Hotta, TH, Matsumoto, W, Ruellas, CVO.. Reestablishment of occlusion through overlay removable partial dentures: a case report.. *Braz Dent J*.. 2012; 23(2):
- Costa MM, Oliveira RP, Faria IFP, Prado CJ, Oliveira, JEC.. Overlays: próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral.PCL. 2002; 4(17):8-16.
- Mukai MK, Sanae C, Yamaguchi CA, Mori Matsuyoshi Gil C. Utilização de overlay removível como meio de determinação da dimensão vertical de oclusão na reabilitação oral.. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2009; 63(5):384-8.
- Humel MMC, Takahashi JMFK, Paulillo LAMS, Mesquita MF, Martins LRM.. Direct restorative treatment of anterior worn teeth after reestablishment of occlusal vertical dimension: a case report.. *Gerodontology* 2012; 29: 299–307.
- Romão Júnior W, Battaglini CAO.. Reabilitação estética: novas tendências.. São Paulo: Ed Napoleão.. 2012.

Pereira RPA, Negreiros WA, Scarparo HC, Pigozzo MN, Consani RLX, Mesquita MF.. Bruxismo e qualidade de vida.. Rev Odonto Ciência – Fac.. Odonto/PUCRS.. 2006; 21(52): 185-90..

Windchy A. M., Morris J. C. An Alternative treatment with the overlay removable partial denture: a clinical report.. J Prosthet.. Dent 1998; 79:249-53.

Rodrigues CK, Ditterich RG, Shintcovsk RL, Tanaka O. Bruxismo: uma revisão da literatura. UEPG Ci Biol Saúde, Ponta Grossa 2006; 12 (3): 13-21.

Machado NAG, Fonseca RB, Branco CA, Barbosa GAS, Fernande Neto AJ, Soares CJ. Dental Wear caused by Association Between Bruxism and Gastroesophageal Reflux Disease: A Rehabilitation Report. Journal of Applied Oral Science. 2007; 15(4): 327-333.

Sato S, Hotta TH, Pedrazzi V. Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: a clinical report. J Prosthet Dent 2000; 83(4):392-395.

Valenga S. Métodos para determinação da dimensão vertical de oclusão. Editora Unicamp: São Paulo, 2016; 13-14.

Naconecy MM, et al. Adaptabilidade do sistema estomatognático frente ao aumento da dimensão vertical de oclusão. Revista Odonto Ciência 2003; 18(39): 99-103.

Trentin LM, Reginato VF, Maroli A, Borges MTR, Bacchi A. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. Journal of Oral Investigations. 2016; 5(1): 50-60.

Silva, M. C. V. D. S. D., Carreiro, A. D. F. P., Bonan, R. F., Carlo, H. L., & Batista, A. U. D. (2011). Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo "Overlay" –Relato de Caso. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 15(4), 455-460.

Leite, K. M., Leal, L. I. V., Carrijo, M. O., Coelho, U. P., Simamoto Júnior, P. C., & Cabral, L. C. (2019). Reabilitação oclusal por meio da prótese parcial removível provisória tipo overlay: relato de caso. Revista Da Faculdade De Odontologia De Porto Alegre, 60(2), 110–119.

