

# Cementoblastoma: oito novos casos, revisão da literatura e considerações sobre melhor manejo clínico

Recebido em: ago/2015

Aprovado em: jan/2016

*Adrielle Ferreira Gouvêa - PhD - Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense - polo Nova Friburgo*

*Francesco Salvatore Mannarino - Cirurgião-Dentista*

*Alan Roger dos Santos Silva - PhD - Professor assistente do departamento de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (FOP-Unicamp) - Piracicaba - SP*

*Jacks Jorge - PhD - Professor titular do departamento de Diagnóstico Oral da FOP-Unicamp, Piracicaba - SP*

*Pablo Agustin Vargas - PhD - Professor titular do Departamento de Diagnóstico Oral da FOP-Unicamp, Piracicaba - SP*

*Márcio Ajudarte Lopes - PhD - Professor titular do Departamento de Diagnóstico Oral da FOP-Unicamp, Piracicaba - SP*

*Termo de consentimento livre e esclarecido assinado e enviado à Revista*

Autor de correspondência:  
Adrielle Ferreira Gouvêa  
Rua Doutor Sílvio Henrique Braune, nº 22  
Centro - Nova Friburgo - RJ  
28625-650  
Brasil  
adrielefg@yahoo.com.br

*Cementoblastoma: report of eight cases, literature review and considerations of best approach*

## RESUMO

Cementoblastoma é um tumor odontogênico benigno incomum de origem mesenquimal que usualmente afeta ossos gnáticos de indivíduos jovens, produzindo dor ou desconforto. Pode ser erroneamente diagnosticado como outras lesões, devido sua variada apresentação clínica e radiográfica. Frequentemente o tratamento sugerido é a ressecção tumoral em conjunto com o dente associado. Entretanto, abordagem mais conservadora pode ser uma opção em alguns casos assintomáticos e estáveis, como observado neste estudo. Apresentamos oito novos casos e uma breve revisão da literatura a fim de melhor caracterizar o comportamento biológico desta relativamente rara lesão.

**Descritores:** tumores odontogênicos; interpretação de características radiográficas; protocolos clínicos; condutas terapêuticas

## ABSTRACT

Cementoblastoma is an uncommon benign odontogenic tumour of mesenchymal origin that affects the jaws of generally young persons, producing pain or discomfort. It may be mistaken for several other lesions, due to its varied clinical and radiographic features. The suggested treatment is often tumour resection in conjunction with the associated tooth. However, a more conservative approach could be an option in asymptomatic and stable lesions as seen in the present study. Eight new cases and a brief review of the literature are presented here to better characterize the biological behavior of this relatively rare lesion.

**Descriptors:** odontogenic tumors; radiographic image interpretation; clinical protocols; therapeutical approaches

## RELEVÂNCIA CLÍNICA

A maioria dos estudos recomenda como tratamento geral dos cementoblastomas a enucleação cirúrgica do tumor associada à extração do dente envolvido. Neste artigo apresentamos sugestão de manejos mais conservadores nos casos em que não há indicação cirúrgica estrita.

## INTRODUÇÃO

O cementoblastoma foi descrito pela primeira vez por Dewey (1927) e Norberg (1930) como um cementoma verdadeiro.<sup>1</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua nova classificação de tumores odontogênicos de 2005, o definiu como uma neoplasia benigna caracterizada pela formação de tecido similar à cimento aderido à raiz de um dente. Radiograficamente ele se apresenta como massa radiopaca ou de densidade mista com margens bem definidas circundadas por uma fina zona radiolúcida. Sua classificação atual não difere da última proposta pela OMS, em 1992.<sup>2,3,4</sup>

Cementoblastoma é uma lesão rara de origem ectomesenquimal, assim como o são o fibroma e o mixoma odontogênicos, representando 0,8–2,6% de todos os tumores odontogênicos.<sup>2,3,4</sup> Mais de 100 casos foram descritos na literatura, a maior parte destes em pacientes jovens.<sup>2</sup> A maioria dos cementoblastomas ocorre em mandíbula, particularmente associados aos primeiros molares permanentes erupcionados.<sup>5</sup> Há relatos na literatura sobre envolvimento isolado<sup>6-8</sup> ou de múltiplos dentes decíduos<sup>9</sup> e envolvimento de dentes maxilares<sup>9,10</sup>, mas são considerados casos mais raros.

Histologicamente, cementoblastoma é neoplasia composta por tecido semelhante à cimento que pode apresentar linhas reversas, produzindo um padrão similar ao observado na doença de Paget. Este tecido pode ser não mineralizado na periferia da massa

tumoral ou em áreas de crescimento mais ativo. O tumor se funde à raiz dental, levando à reabsorção desta, à perda da lâmina dura e à obliteração do espaço do ligamento periodontal.<sup>2,4,5</sup> O diagnóstico de cementoblastoma deve ser baseado na associação das características clínicas e radiográficas e, em alguns casos, análise microscópica pode ser necessária.<sup>2,4,5</sup> Apresentamos neste artigo oito novos casos de cementoblastoma, a fim de melhor entender seu comportamento.

## RELATO DE CASOS CLÍNICOS

Os arquivos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas – FOP-Unicamp (Departamento de Patologia Oral e Diagnóstico Oral), São Paulo, Brasil, foram revistos de 1982 a 2011 e oito casos de cementoblastoma foram selecionados. Seus dados epidemiológicos, clínicos, radiográficos e histopatológicos foram analisados.

Dos oito pacientes afetados, seis eram mulheres e dois eram homens, com idades variando de 8 a 60 anos (idade média de 35,5 anos). Quatro destes oito tinham mais de quarenta anos à apresentação. Seis pacientes eram caucasianos, um pardo e um era negro. Quatro dos oito pacientes apresentavam dor como principal queixa, com duração de vários meses a oito anos (Tabela 1). Apenas dois pacientes apresentavam aumento de volume associado a dor na primeira consulta (pacientes 1 e 6).

TABELA 1  
Dados epidemiológicos e clínicos dos oito pacientes

Paciente	Idade (anos/sexo)	Cor de pele	Dor/aumento de volume	Duração da queixa	Localização	Imagem	Tratamento	Seguimento (anos)
1	8/F	Negro	Sim	7 meses	Dente 85 e raiz mesial do dente 46	Mista	Ressecção em bloco com manutenção da continuidade basal mandibular + exodontia do 85 e amputação da raiz mesial do dente 46 + posterior tratamento endodôntico do 46 e tracionamento ortodôntico	9
2	60/F	Caucasiano	Sim	8 anos	Dente 36 - raiz mesial	Radiopaca com halo radiolúcido	Exodontia + enucleação da lesão	7
3	59/F	Caucasiano	Não	NI	Dente 46	Radiopaca com halo radiolúcido	Acompanhamento clínico	10
4	23/F	Caucasiano	Não	NI	Dente 46 - raiz distal	Radiopaca com halo radiolúcido	Tratamento endodôntico + amputação radicular e enucleação da lesão	10

5	29/M	Caucasiano	Sim	1 ano	Dente 36 - raiz mesial	Radiopaca com halo radiolúcido	Acompanhamento clínico	11 meses
6	43/F	Caucasiano	Sim	3 meses	Mandíbula posterior esquerda	Radiopaca com halo radiolúcido	Enucleação da lesão	2
7	50/F	Caucasiano	Sim	Alguns meses	Dente 35	Radiopaca com halo radiolúcido	Exodontia + enucleação da lesão	1
8	12/M	Pardo	Sim	2 meses	Dente 14	Radiopaca com halo radiolúcido e evidente raiz reabsorvida	Exodontia + enucleação da lesão	1

A primeira paciente, uma menina negra de 8 anos de idade, apresentava no exame extraoral assimetria facial e no exame intraoral uma massa dura à palpação recoberta por mucosa normal, causando apagamento do fundo de sulco em região de corpo mandibular posterior direito (Figura 1). O paciente 6 inicialmente apresentava história de relato de dor contínua e aumento de volume em mandíbula posterior esquerda, cujo tratamento instituído foi exodontia e instalação de uma prótese parcial. No entanto, os sintomas persistiram e se intensificaram e a paciente foi encaminhada ao nosso serviço. O paciente 8 apresentou aumento de volume indolor envolvendo o fundo de sulco associado ao dente 14, causando assimetria do lado direito da face, com duração de 2 meses (Figuras 2 e 3). Os pacientes 2 e 7 relataram a dor como única queixa. A paciente 7 tinha uma raiz residual, que havia sido fraturada durante a tentativa frustrada de exodontia. Três dos sete pacientes (pacientes 3, 4 e 5) foram diagnosticados em exames radiográficos de rotina e não apresentavam sinais ou sintomas.

Em termos de características radiográficas, cinco dos oito casos apresentavam lesões radiopacas circundadas por um halo radiolúcido associado ao primeiro molar inferior permanente. Em um caso (paciente 1), notou-se radiodensidade mista envolvendo a raiz mesial do primeiro molar permanente e o segundo molar decíduo (Figura 4). Pré-molares estavam envolvidos em dois pacientes: paciente 7 apresentava massa radiopaca com halo radiolúcido associada à raiz residual do segundo pré-molar mandibular e o paciente 8 apresentava lesão com mesmas características radiográficas envolvendo o dente 14, causando reabsorção radicular deste (Figura 5 e 6).

Três pacientes (3, 4 e 5) foram acompanhados clínica e radiograficamente, pois não apresentaram sintomas ou sinais na primeira consulta. Dois destes pacientes (pacientes 3 e 5) são examinados periodicamente e as lesões permanecem estáveis e assintomáticas. Paciente 4, assintomático durante o segui-

mento clínico, apresentou perda de vitalidade pulpar no dente envolvido, havendo indicação de tratamento endodôntico com posterior amputação da raiz e enucleação da lesão. O material foi microscopicamente analisado e o cementoblastoma foi diagnosticado. Não houve sinais de recidiva da lesão até o momento, 10 anos depois.

Os outros cinco pacientes foram tratados cirurgicamente, com remoção da lesão e do dente envolvido, em alguns casos. Ressecção em bloco com a manutenção da continuidade da mandíbula sob anestesia geral foi realizada na paciente 1. O segundo molar decíduo foi removido e a raiz mesial do primeiro molar permanente foi amputada durante a cirurgia. Posterior tratamento endodôntico e tração ortodôntica foram realizados, obtendo-se oclusão e estética favoráveis (Figuras 7, 8, 9). A análise microscópica revelou proliferação de tecido cementóide associado à raiz dental, característica de cementoblastoma. A paciente permanece em seguimento clínico e recidivas não foram observadas dez anos após o tratamento cirúrgico (Tabela 1 e Figura 10).

O paciente 8 apresentava envolvimento do primeiro pré-molar maxilar, que foi extraído em um bloco com a lesão. À análise macroscópica, as raízes estavam parcialmente reabsorvidas (Figuras 11 a 15). O bloco dente-lesão foi analisado microscopicamente, mostrando a aparência clássica de tecido semelhante à cimento associado à raiz com a formação de linhas reversas. O paciente tem sido acompanhado há dois anos e não foram observadas recidivas (Figura 16).

## DISCUSSÃO

Cementoblastomas são caracterizados por um crescimento lento e ilimitado, causando expansão óssea sem destruição cortical e assimetria facial.<sup>11</sup> A descoberta inicial mais comum é aumento de volume e dor intensa na região do dente relacionado, que apresenta sensibilidade à percussão vertical e inte-



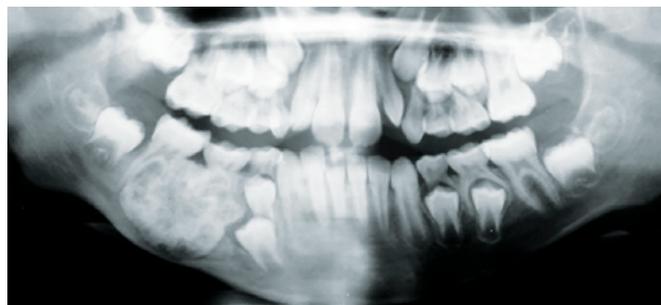
**FIGURA 1**  
Exame intraoral da paciente 1:  
massa endurecida envolvendo o corpo mandibular direito, recoberta por mucosa normal e com apagamento do fundo de sulco



**FIGURA 2**  
Paciente 8: assimetria no lado direito da face



**FIGURA 3**  
Paciente 8: aumento de volume eritematoso em fundo de sulco na região entre os dentes 13 e 14



**FIGURA 4**  
Paciente 1: características radiográficas - lesão extensa mista radiopaca-radiolúcida circundada por um halo radiolúcido envolvendo a raiz mesial do dente 46 e as raízes do dente 85. Notar reabsorção das raízes dentárias envolvidas



**FIGURA 5**  
Radiografia panorâmica do paciente 8, mostrando lesão radiopaca associada à raiz do dente 14

ressante vitalidade pulpar.<sup>12</sup> Alguns casos podem levar à fratura mandibular ou parestesia do lábio inferior.<sup>2,13</sup> No presente estudo, quatro dos oito pacientes (50%) apresentaram queixa de dor; em três pacientes as lesões foram detectadas durante exame radiográfico de rotina e um paciente apresentou aumento de volume indolor.

Cementoblastomas são tumores raros que geralmente afetam os pacientes jovens.<sup>2,14</sup> No presente estudo, a idade média foi de 35,5 anos (variando de 8 a 60 anos) e, curiosamente, apenas quatro dos oito pacientes apresentavam idades abaixo dos 30 anos e quatro tinham mais de 40 anos, com idades variando entre 43 e 60 anos. Estes pacientes mais velhos provavelmente apresentavam estas lesões por muitos anos, mas, interessante, desenvolveram sintomatologia tardiamente ou não apresentaram nenhum sinal ou sintoma (veja paciente 3 na Tabela 1)

O cementoblastoma mostra uma predileção variável por sexo: alguns estudos têm relatado que ocorrem com mais frequência em homens, outros têm relatado uma maior prevalência em mulheres e outros ainda têm relatado nenhu-



FIGURA 6  
Radiografia periapical do paciente 8: note massa completamente radiopaca com halo radiolúcido; não é possível visualização de limite entre a raiz dentária e a lesão

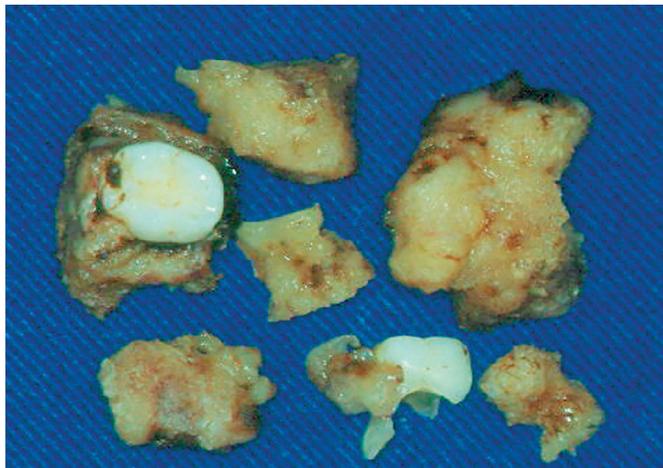


FIGURA 9  
Paciente 1 – macroscopia da peça cirúrgica: presença do primeiro e segundo molares decíduos, este envolvido por massa acastanhada



FIGURA 7  
Radiografia pós-operatória do paciente 1: manutenção da continuidade da basal mandibular e amputação da raiz mesial do dente 46

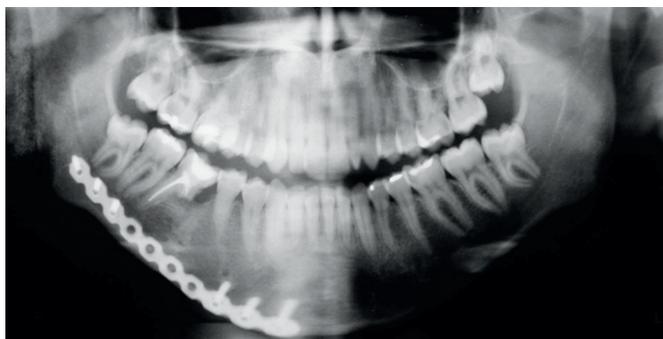


FIGURA 10  
Paciente 1: radiografia panorâmica após 9 anos de acompanhamento: ausência de sinais de recidiva da lesão e oclusão dental aceitável



FIGURA 8  
Pós-operatório de 1 ano do paciente 1: completa reparação óssea e tracionamento do segundo pré-molar

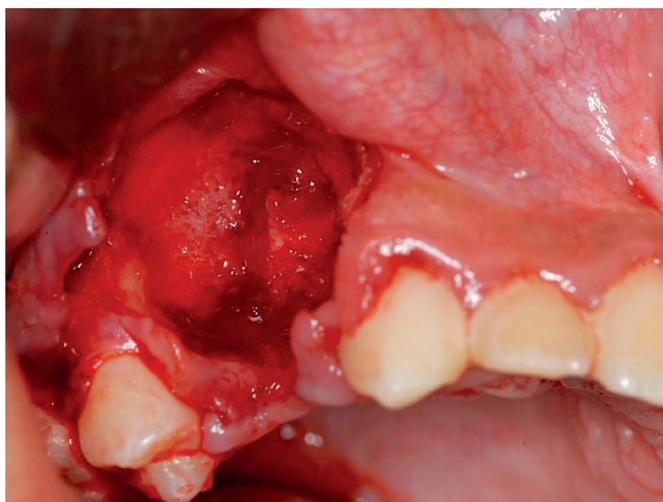


FIGURA 11  
Área cirúrgica após remoção do bloco dente-lesão do paciente 8



FIGURA 12  
Espécime cirúrgico deste mesmo paciente



FIGURA 13  
Paciente 8: radiografia periapical do espécime cirúrgico

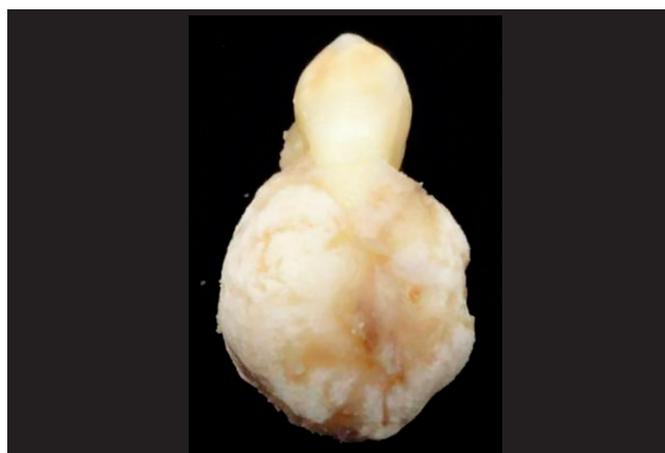


FIGURA 14  
Paciente 8: vista macroscópica do espécime cirúrgico

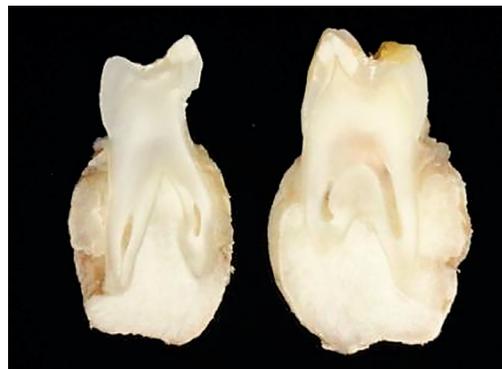


FIGURA 15  
Paciente 8: Secção do bloco dente-lesão: note reabsorção da raiz vestibular e perda do espaço do ligamento periodontal da raiz palatina

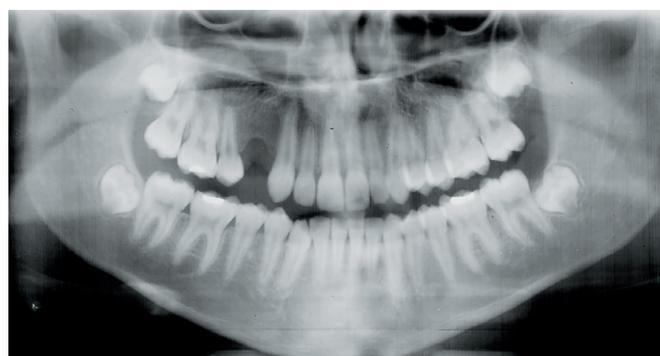


FIGURA 16  
Paciente 8: radiografia panorâmica após 6 meses de acompanhamento. Ausência de sinais de recidiva e presença de osteogênese

ma diferença entre os sexos.<sup>2, 3,4,14</sup> Predileção feminina foi observada no presente estudo (seis dos oito casos) e, assim como Brannon e colaboradores, observamos uma maior prevalência em pacientes caucasianos (seis de oito pacientes) (Tabela 1).<sup>13</sup>

Embora haja relatos de envolvimento maxilar por cementoblastomas<sup>9,10, 15</sup>, a mandíbula é de longe o local mais afetado e a região posterior, especialmente a área do primeiro molar, está envolvida em 90% dos casos.<sup>2,3,4,13,14</sup> No presente estudo cementoblastomas afetaram a área posterior de mandíbula em seis casos e envolvimento direto do primeiro molar permanente ocorreu em cinco dos oito casos.

Cementoblastomas associados à dentição decídua são bastante raros.<sup>6,7,8,16</sup> De acordo com Lemberg e colaboradores (2007), oito casos foram relatados na literatura envolvendo dentes decíduos.<sup>6</sup> de Noronha Santos *et al.* (2012)<sup>7</sup> relataram resultados semelhantes, mas um novo caso foi relatado em 2013 por Monti *et al.*<sup>8</sup> De acordo com alguns autores, quando cementoblastomas ocorrem na dentição decídua, o segundo molar inferior é o mais comumente afetado.<sup>16</sup> Envolvimento do primeiro molar inferior permanente e também do segundo molar inferior decíduo foi observado na pa-

ciente negra de oito anos de idade (paciente 1). De acordo com a literatura, este é um achado relativamente raro: cementoblastoma ocorrendo em dentição decidua e envolvendo múltiplos dentes, fato este mais comumente observado em maxila.<sup>9</sup>

Cementoblastomas geralmente são diagnosticados quando sintomáticos. Curiosamente, dois dos pacientes aqui descritos (3 e 4) apresentaram-se totalmente assintomáticos e um dos pacientes sintomáticos tornou-se assintomático durante o acompanhamento (paciente 5). Ao invés de tratamento cirúrgico, acompanhamento clínico periódico foi escolhido. Embora esta abordagem não tenha sido relatada na maioria dos estudos, dois destes casos não demonstraram qualquer crescimento das lesões ou aparecimento de sintomatologia em todo o tempo de preservação clínica.

Os achados radiográficos indicam o grau de maturação da lesão e potenciais diagnósticos diferenciais. Vários diagnósticos diferenciais devem ser considerados, incluindo osteíte esclerosante, osteomielite, fibroma ossificante, displasia óssea florida, osteoma osteóide, osteoblastoma e até mesmo osteosarcoma.<sup>4,5,14</sup> Em alguns casos, diferenciar um cementoblastoma agressivo de um osteoblastoma atípico ou mesmo de um osteosarcoma de baixo grau é um processo difícil.<sup>5</sup>

Cementoblastomas agressivos podem ocorrer em pacientes mais jovens e tendem a ser lesões grandes com maiores índices de recorrência. Expansão, dor, erosão ou perfuração de cortical óssea foram vistos em uma alta porcentagem de tumores recorrentes, mas também foram observados em alguns tumores não recorrentes. Recorrências variam de 5,9% a 37,1%, de acordo com o tratamento instituído em alguns estudos.<sup>2,4,13</sup> No entanto, não foram observadas recidivas no presente estudo.

Diferentes tratamentos para cementoblastomas têm sido relatados na literatura: ressecção em bloco; extração do dente envolvido e remoção do tumor; amputação de raiz e enucleação tumoral; curetagem da lesão sem a extração do dente/raiz envolvido.<sup>13</sup> Análise dos diferentes tratamentos demonstra que a recorrência é mais provável quando curetagem é realizada sem a extração do dente envolvido, embora recorrência também já tenha sido relatada quando o bloco dente-lesão foram removidos concomitantemente. Tratamento endodôntico associado à

amputação radicular e remoção da lesão também foi relatado como opção de tratamento de sucesso.<sup>13</sup> Embora abordagens mais conservadoras tenham sido reportadas, a maioria dos estudos recomendam enucleação cirúrgica da lesão com a extração do(s) dente(s) associado(s) como o tratamento de escolha, pois o cementoblastoma tem potencial de crescimento ilimitado e destruição local importante.<sup>9,11,12,14</sup>

## CONCLUSÃO

Na série atual, diferentes tratamentos foram escolhidos de acordo com a queixa do paciente e com o comportamento das lesões: a ressecção em bloco em um caso sintomático e extenso; tratamento endodôntico com posterior amputação radicular e remoção da lesão em caso que se tornou sintomático; exodontia e remoção da lesão em alguns pacientes e apenas acompanhamento clínico periódico em outros. Nenhum dos seis casos tratados demonstraram recorrência. Os outros dois casos apenas acompanhados não mostraram progressão da lesão no seguimento. Assim, pode-se concluir que os casos assintomáticos que não mostram progressão da lesão podem ser periodicamente avaliados e tratados somente se houver alterações clínicas e radiográficas.

## APLICAÇÃO CLÍNICA

Este trabalho tem como importância clínica a apresentação de diferentes condutas que podem ser tomadas pelos Cirurgiões-Dentistas em suas práticas diárias ao se depararem com casos de cementoblastoma. Fica mais clara a orientação que existem possibilidades alternativas de tratamento desta neoplasia, que não o mais comumente preconizado pela literatura (tratamento cirúrgico com extração do dente e enucleação da lesão). Este trabalho também enfatiza, através da apresentação de casos com diferentes apresentações clínicas e radiográficas, a importância de serem avaliadas as características clínicas de cada paciente a fim de se determinar a conduta clínica mais apropriada.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - Brasil) pelo apoio financeiro.

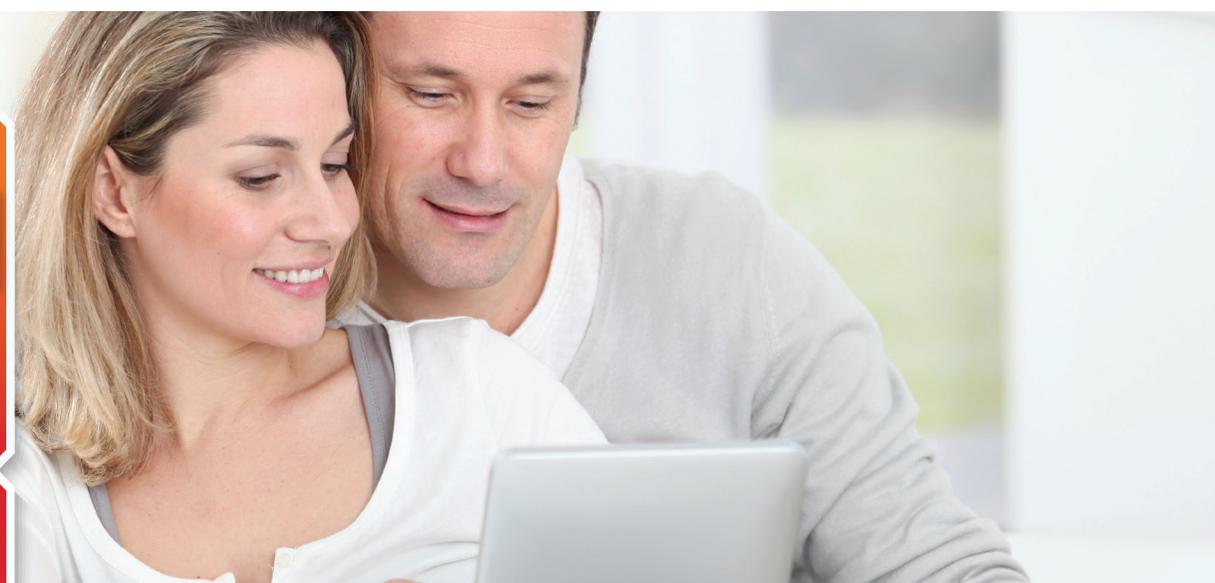
## REFERÊNCIAS

- Dewey K W. Osteoma of a molar. *Dent Cosmos*. 1927; 69:1143-49.
- Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruiz-Godoy Rivera LM, et al. Odontogenic tumors in Mexico. A collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997; 84: 672-75.
- Lu Y, Xuan M, Takata T, Wang C, He Z, Zhou Z, et al. Odontogenic tumors. A demographic study of 759 cases in a Chinese population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998; 86: 707-14.
- Jundt G, Reichart PA. Benign odontogenic ectomesenchymal tumors. *Pathology*. 2008; 29(3): 199-204.
- Bilodeau E, Collins B, Costelo B, Potluri A. Case report: a pediatric cementoblastoma with histologic and radiographic features of an osteoblastoma and osteosarcoma. *Head and Neck Pathol*. 2010; 4: 324-28.
- Lemberg K, Hagstrom J, Rihtniemi J, Soikkonen K. Benign cementoblastoma in a primary lower molar, a rarity. *Dentomaxillofac Radiol*. 1997; 36(6): 364-66.
- Noronha Santos Netto de J, Marques AA, Costa DO da, Queiroz Chaves Lourenço S de. A rare case of cementoblastoma associated with the primary dentition. *Oral Maxillofac Surg*. 2012; 16: 399-402.
- Monti LM, Souza AM, Soubhia AMP, Jorge WA, Anichinno M, Da Fonseca GLM. Cementoblastoma: a case report in deciduous teeth. *Oral Maxillofac Surg*. 2013; 17: 145-49.
- Ohki K, Kumamoto H, Nitta Y, Nagasaka H, Kawamura H, Ooya K. Benign cementoblastoma involving multiple maxillary teeth: Report of a case with a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004; 97: 53-8.
- Neelakandan RS, Deshpande A, Krithika C, Bhargava DB. Maxillary cementoblastoma - a rarity. *Oral Maxillofac Surg*. 2012; 16: 119-21.
- Goerig AC, Fay JT, King E. Endodontic treatment of a cementoblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1984; 58: 133-36.
- Berwick MJE, Maymi MGF, Berkland ME. Benign cementoblastoma: A case report. *Oral Maxillofac Surg*. 1990; 48: 208-11.
- Brannon RB, Fowler CB, Carpenter WN, Corio RL. Cementoblastoma: an innocuous neoplasm? A clinicopathologic study of 44 cases and review of the literature with special emphasis on recurrence. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002; 93:311-20.
- Jelic JS, Loftus MJ, Miller AS, Cleveland DB. Benign cementoblastoma: Report of an unusual case and analysis of 14 additional cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 1993; 51: 1033-37.
- Infante-Cossio P, Hernandez-Guisado JM, Acosta-Feira M, Carranza-Carranza A. Cementoblastoma involving the maxillary sinus. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 46: 234-36.
- Schafer TE, Singh B, Myers DR. Cementoblastoma associated with a primary tooth: a rare pediatric lesion. *Pediatr Dent*. 2011; 23: 351-53.



Descontos exclusivos em produtos e serviços que só o **Clube de Benefícios** oferece para **você e sua família.**

Até **50%** de desconto



Serviços exclusivos para associados da APCD/ABCD.

Acrous	Equipamentos	(16) 3011-4666	comercial@acrous.com.br	www.acrous.com.br
Audio Care	Aparelhos Auditivos	(11) 3862-2199		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Bilheteria.com	Entretenimento	(11) 3030-9544	faleconosco@bilheteria.com	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Bioblindage	Barreiras Físicas	(11) 2589-6346	vendas@bioblindage.com.br	www.bioblindage.com.br
Bless Odonto	Instrumental	(11) 2977-9976	comercial@blessodontologia.com.br	www.blessodontologia.com.br
Casas Bahia	Produtos / Magazine	(11) 4003-2773		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Canon do Brasil	Produtos de Imagem	08002022666	cdbcameras@cusa.canon.com	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Cel Lep	Educação	(11) 3123-5537		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Compra Certa	Eletrodomésticos	0800-729-0019		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Cipela	Linhas de Calçados	0300-313-3900		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Citylar	Produtos / Magazine	0300-313-2719		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
CV Dentus	Odontológicos	(12) 3944-1126	comercial@cvdentus.com.br	www.cvdentus.com.br
Dell Computadores	Informática	0800-970-0246	epp_programa_de_beneficio@dell.com	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Dentoflex	Odontológicos	(11) 2065-2155	vendas@dentoflex.com.br	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Domo-Simple Coach	Soluções em Des. Humano	(11) 2501-4472	maria.lima@domoconsultoria.com	www.domoconsultoria.com
Droga Raia	Farmácia / Produtos	(11) 3769-7486	vsferreira@raia drogasil.com.br	www.drogarai.com.br
Drogaria São Paulo	Farmácia / Produtos	(11) 3274-7524	vendasconvenio@dpsp.com.br	www.drogariasao paulo.com.br
Drogasil	Farmácia / Produtos	(11) 3769-7486	vsferreira@raia drogasil.com.br	www.drogasil.com.br
Ecolchão	Especializado em Colchões	0300-313-7100		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Eletroshopping	Produtos / Magazine	0300-313-5555		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Electrolux	Eletrodomésticos	0800 702 9222		www.electrolux.com.br/associados
Embracon	Consórcio		pedro.lopes@embracon.com.br	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Extra	Variedades	(11) 4003-0363		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Fast Shop	Produtos / Magazine	(11) 3232-3244	fastclub5@fastshop.com.br	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Fórmula & Ação	Farmácia	(11) 5084-8321	orcamento@formulaeacao.com.br	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Giuliana Flores	Flores / Decoração	(11) 3383-1700		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Gengibre Confecções	Confecção / Jalecos	(11) 4305-7879	gengibreconfeccoes@yahoo.com.br	www.gengibreconfeccoes.com.br
Havana	Doces	(11) 2808-6895	sac@havana.com.br	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Hotéis	Serviços / Hotéis	(11) 2223-2318	contato.turismo@apcdcentral.com.br	www.apcd.org.br/turismo
Instituto Paulista	Serviços	(11) 2977-8899	vendas@institutopaulista.org	www.institutopaulista.org
Insinuante	Produtos / Magazine	0300-313-2600		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Kangoou	Loja para Bebês	0300-313-2323		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Koch Tavares	Entretenimento	(11) 4003-1212		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Lisieux Secretárias Online	Secretárias Online	(11) 5547-7815	contato@eslisieux.com.br	www.secretariasonline.com.br
Macrat Assessoria Contábil	Contabilidade	(11) 2308-0427	contato@macrat.com.br	www.macrat.com.br
Magazine Luiza	Produtos / Magazine			www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Marketing do Dentista	Agência Digital	(11) 4111-3532	contato@marketingdodontista.com.br	www.marketingdodontista.com.br
Malamix	Artigos para Viagens	0300-313-0917		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
MMO	Odontológicos	(16) 3411-5060	juliana.vizioli@mmo.com.br	www.mmo.com.br
Mocarzel	Contabilidade	(11) 3019-4499		www.mocarzel.com.br
Natura	Cosméticos	(48) 3733-4858	angelodotti@gmail.com	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
NetShoes	Artigos Esportivos			www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Nova Endovita	Dental	(11) 2362-2736	vendas@novaendovita.com.br	www.novaendovita.com.br
Novi Soluções Financeiras	Financiamento	(11) 3526-1375	contato@novisolucoes.com.br	www.novisolucoes.com.br
Organização Contábil Motta	Contabilidade	(11) 2115-8899		www.orgmotta.com.br
Passarela.com	Moda	(11) 4585-4100	atendimento@passarela.com.br	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Plínio Santos	Odontológico / Laboratório	(11) 5572-1100	labpsantos@uol.com.br	www.pliniosantos.com.br
Ponto Frio	Produtos / Magazine	(11) 4002-3050		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Ricardoeletro	Produtos / Magazine	0300-313-9000		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
RNL Dental	Dental	0800 774 4006	vendas@rnl.com.br	www.dentalrnl.com.br
Samsonite	Viagens	(11) 2308-8437	contato@samsonitebrasil.com.br	www.samsonitebrasil.com.br
Saúde Service	Recebimento de cartões	(11) 3014-8600	apcd@saudeservice.com.br	www.saudeservice.com.br/aberto/apcd
Salfer	Produtos / Magazine	0300-313-9600		www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Schamm's	Vistos e Passaportes	(11) 5182-4661	schamms@vistosepassaportes.com.br	www.schamms.com.br
Sony	Eletroeletrônicos	(11) 2196-9531	leonardo.manetti@am.sony.com	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
SouzaLima Ensino de Música	Educação	(11) 3884-9149	diretor@souzalima.com.br	www.souzalima.com.br
TAM Viagens Itaim	Serviços/Viagens e Turismo	(11) 2503-7393	contato.itaim@agentetamviagens.com.br	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Tri Hawk	Brocas Odontológicas	(11) 3231-2022	contato@trihawk.com.br	www.trihawk.com.br
UOL Pag Seguro	Serviços / Pagamento digital	(11) 4003-6624	parcerias@pagseguros.com.br	www.apcd.org.br/clubedebeneficios
Walmart	Produtos / Magazine	(11) 3003-6000		www.apcd.org.br/clubedebeneficios

INFORMAÇÕES:

11 2223-2373

coordenacao.ss@apcdcentral.com.br

www.apcd.org.br/clubedebeneficios

