



**PROTOCOLO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO**  
**RADIOGRAFIA PERIAPICAL / INTERPROXIMAL**

**AMARELO- PRIORIDADE 1**

- \* Pacientes imunocomprometidos, cirurgia pré transplante ou pré tratamentos oncológicos.
- \* Pacientes diabéticos com presença de quadro inflamatório agudo.
- \* Pacientes gestantes.
- \* Diagnóstico imediato de traumatismo dento-alveolar.

**VERDE- PRIORIDADE 2**

- \* Acompanhamento pós-trauma dentário e de estruturas ósseas.
- \* Dentes extensamente destruídos e/ou com sintomatologia dolorosa espontânea.

**AZUL- PRIORIDADE 3**

- \* Diagnóstico complementar de cárie dental.
- \* Pesquisa de 1 ou 2 dentes não irrompidos/ausentes após algum tempo do período normal de erupção.
- \* Suporte ao diagnóstico pulpar.
- \* Anomalias dentárias.
- \* Proservação endodôntica.
- \* Relação entre dentes decíduos e permanentes.
- \* Suspeita de minerações, calcificações, nódulos pulpares e reabsorções radiculares com ausência de dor.
- \* Verificação de inserção periodontal.
- \* Verificação de potencial eruptivo dos dentes.
- \* Observação do espaço biológico (crista óssea marginal).
- \* Pré-cirúrgico de dentes semi-inclusos e inclusos.
- \* Verificação de adaptação marginal de próteses e restaurações.
- \* Patologias e deformações ósseas localizadas.



## **RADIOGRAFIA PANORÂMICA**

### **AMARELO- PRIORIDADE 1**

- \* Pacientes imunocomprometidos, pacientes que serão submetidos a tratamento odontológico pré transplante ou pré tratamento oncológico.
- \* Pacientes gestantes.
- \* Dentes inclusos, semi-inclusos ou anquilosados com sintomatologia dolorosa espontânea, reabsorção óssea/dentária ou ocasionando cárie no dente adjacente.
- \* Dentes semi-inclusos com história de pericoronarite recorrente.
- \* Terceiros molares erupcionados com quadro agudo/dor espontânea.
- \* Diagnóstico de cistos menores dos maxilares.
- \* Diagnóstico de lesões de seio maxilar, especialmente do assoalho e das paredes posteriores e/ou mediais imediatamente após procedimento cirúrgico.

### **VERDE- PRIORIDADE 2**

- \* Frenectomia labial e lingual.
- \* Dentes semi-inclusos ou inclusos com indicação ortodôntica (inclusive extranumerário) com solicitação de ortodontista anexada à guia de referência.

### **AZUL- PRIORIDADE 3**

- \* Pesquisa de 2 ou mais dentes (do mesmo grupo) não irrompidos/ausentes após algum tempo do período normal de erupção.
- \* Estudo radiográfico de pacientes com dentição mista.
- \* Pesquisa de anodontias ou dentes extranumerários.
- \* Avaliação da presença e posição de lesões ou dentes não erupcionados.
- \* Avaliação pré-operatória dos terceiros molares.
- \* Diagnóstico de lesões de ATM.
- \* Proservação de fraturas na mandíbula e/ou maxila.
- \* Verificação de lesões ósseas na maxila e mandíbula das quais não é possível visualizar seus limites na imagem radiográfica periapical.
- \* Avaliação do suporte ósseo periodontal.
- \* Medidas verticais do osso alveolar, como planejamento para implantes.
- \* Demais casos que não se enquadram nas particularidades 1 e 2.



**Prefeitura de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal da Saúde**  
Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde  
Central de Marcação de Consultas Especializadas



## **RADIOGRAFIA OCLUSAL**

### **AMARELO- PRIORIDADE 1**

- \* Pacientes imunocomprometidos com necessidade de exames radiológicos pré transplante ou pré tratamentos oncológicos
- \* Pacientes gestantes
- \* Diagnóstico imediato de traumatismo dento-alveolar

### **VERDE- PRIORIDADE 2**

- \* Avaliação de fraturas dos dentes superiores anteriores e do osso alveolar, principalmente em situações de crianças que sofreram trauma
- \* Patologias e deformações ósseas e/ou de tecidos moles

### **AZUL- PRIORIDADE 3**

- \* Avaliação periapical dos dentes anteriores superiores
- \* Visualização dos dentes quando utilizado o princípio de paralaxe para determinar a posição vestibulo-palatal de dentes caninos não erupcionados ou dentes supranumerários
- \* Demais casos que não se enquadram nas particularidades 1 e 2



**Prefeitura de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal da Saúde**  
Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde  
Central de Marcação de Consultas Especializadas



**OBS.:**

- \* Cada agendamento no sistema corresponde à, no máximo, duas tomadas radiográficas
- \* Em caso de necessidade de solicitação de mais de uma tomada radiográfica com prioridades diferentes, deverá ser considerada para classificação de risco a escolha de maior prioridade.

**TELEFONES PARA CONTATO:**

SERVIÇO DE RADIOLOGIA	FONE	CONTATO
RAIO-X CAMAQUÃ	3289-5608	GIOVANA
RAIO-X IAPI	3589-3413/3289-3415	LETÍCIA
RAIO-X BOM JESUS	3289-5437	SILVANA
RAIO-X SANTA MARTA	3289-2960	KAREN
RAIO-X UFRGS	3308-5120	MARIANA
RAIO-X GHC	3357-2073	LÉA
RAIO-X HCPA	3359-7501	ANA PINTO