



PACIENTE: MARCIA SATTO BERNASSOLA MENNA  
DOCUMENTO: 005.494.948-39 IDADE: 65A REQUISIÇÃO: 1539510  
SOLICITANTE: DR.(A) LEONARDO MARTINS VENERI  
EXAME: RESSONANCIA MAGNETICA

DATA: 05/03/2026  
HORA: 06:07 h  
CÓDIGO: 312193

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

#### **Técnica:**

Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de 1,5 Tesla, com aquisição de imagens em seqüências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T1, T2/PD FAT SAT.

Para acessar as imagens completas deste exame acesse: [www.biolabor.com.br](http://www.biolabor.com.br) e insira protocolo e senha indicados no rodapé desta página.

#### **Descrição:**

- Sinais de osteoartrose, caracterizada por irregularidades condrais, redução do espaço articular e reações osteofitárias marginais.
- Pequena quantidade de líquido intra-articular coletado no recesso supra-patelar.
- Menisco lateral de morfologia, contornos e intensidade de sinal habituais.
- Ruptura complexa do menisco medial acometendo o segmento posterior e o corpo meniscal, com traço predominante longitudinal oblíquo, com acentuada degeneração na região do corpo.
- Ligamento cruzado anterior de espessura e intensidade de sinal preservadas.
- Ligamento colaterais lateral e medial de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Ligamento cruzado posterior com aspecto preservado.
- Estruturas do canto posterolateral íntegras.
- Tendões da pata de ganso com intensidade de sinal e contornos normais.
- Tendões do quadríceps e patelar de aspecto normal.
- Gordura de Hoffa com intensidade de sinal habitual.
- Cartilagem femoropatelar apresentando erosão profunda na cartilagem patelar acometendo toda sua espessura, com exposição da cortical óssea. A lesão se estende por cerca de 2,9 cm na patela.
- Cartilagem troclear apresentando erosões acometendo mais de 50% da sua espessura, sem exposição óssea subcondral.



PACIENTE: **MARCIA SATTO BERNASSOLA MENNA**  
DOCUMENTO: **005.494.948-39** IDADE: **65A** REQUISIÇÃO: **1539510**  
SOLICITANTE: **DR.(A) LEONARDO MARTINS VENERI**  
EXAME: **RESSONANCIA MAGNETICA**

DATA: **05/03/2026**  
HORA: **06:07 h**  
CÓDIGO: **312193**

### RESSONANCIA MAGNETICA DO JOELHO DIREITO

- Cartilagem femorotibial lateral com erosões acometendo menos de 50% da sua espessura.
- Cartilagem femorotibial medial apresentando erosões acometendo mais de 50% da sua espessura, sem exposição óssea subcondral.
- Patela em normoposição à extensão.
- Vasos poplíteos e musculatura sem alterações.
- Presença de dilatações varicosas de veias superficiais da face medial da coxa e perna (varizes).

### Impressão diagnóstica:

Osteoartrose do joelho com condropatia tricompartmental mais acentuada na patela.  
Ruptura complexa do menisco medial com degeneração na região do corpo.

LANÇADO DE MANUA

25/03/20

CROSS 26064025

|                                                                                                                                   |                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secretaria da Saúde                                                                                                               |  <b>Prefeitura de SOROCABA</b> | <b>GUIA DE REFERÊNCIA</b>                                                                                                    | <b>SUS</b>  |
| CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE<br><b>Clínica Saúde da Família</b><br>09.045.117/0001-66<br>09.117.0001-66                         |                                                                                                                 | Especialidade: <b>ORTO</b>                                                                                                   | Endereço do local agendado: <b>SANTA LUINDA</b>                                                |
| Nome do Paciente: <b>MARLENA SAITO B. MENA</b>                                                                                    |                                                                                                                 | Data:                                                                                                                        | Hora:                                                                                          |
| Tempo da Doença:                                                                                                                  | SIS:                                                                                                            | CROSS:                                                                                                                       |                                                                                                |
| Quadro Clínico: <b>DM CRÔNICA NO JOELHO D</b>                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                |
| <b>LESÃO COMPLEXA DO MENISCO</b>                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                |
| <b>ARTRO + LESÃO CONJUNTAL</b>                                                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                |
| <b>TRIOMFANTAMENTO</b>                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                |
| Hipótese de Diagnóstico:                                                                                                          | CID: <b>S832</b>                                                                                                |                                                                                                                              |                                                                                                |
| Exames Solicitados:                                                                                                               | ADES - Agência de Desenvolvimento Econômico Social<br>CNPJ: 09.515.344/0001-08<br>Coordenadora Saúde Ativa II   |                                                                                                                              |                                                                                                |
| Medicação Indicada:                                                                                                               |                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                |
| Evolução do Paciente:                                                                                                             | <b>AV DINDRENA JOELHO</b>                                                                                       |                                                                                                                              |                                                                                                |
| Motivo do Encaminhamento:                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                |
| Assinatura / Carimbo do Profissional da Cunha Nakamichi<br>Ortopedia / Traumatologia<br>Cirurgia de Mão<br>CRM 164 619 TEOT 15422 |                                                                                                                 | Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:<br>MARLENA A. LUCAS<br>COREN-SP 405.958 ENI<br>Coordenadora<br>UBS BAF. CLAYTON |                                                                                                |
| Data: <b>18.03.26</b>                                                                                                             |                                                                                                                 | Data: <b>20/03/24</b>                                                                                                        |                                                                                                |

|                                 |                                                                                                                   |                               |                                                                                                  |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secretaria da Saúde             |  <b>Prefeitura de SOROCABA</b> | <b>GUIA CONTRARREFERÊNCIA</b> | <b>SUS</b>  |
| Do serviço:                     | Para:                                                                                                             |                               |                                                                                                  |
| Especialidade:                  | Nº do Prontuário:                                                                                                 |                               |                                                                                                  |
| Nome do Paciente:               |                                                                                                                   |                               |                                                                                                  |
| Diagnóstico/Tratamento:         |                                                                                                                   |                               |                                                                                                  |
| Orientação à Unidade de Origem: |                                                                                                                   |                               |                                                                                                  |
| * Retorno em:                   | Assinatura / Carimbo                                                                                              |                               |                                                                                                  |
|                                 | Data: / /                                                                                                         |                               |                                                                                                  |