

TARO

2025

SBOT

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro Especializando:

Este é o **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO) 2025**.

O objetivo é colaborar com o aprendizado.

Na próxima página há uma folha de respostas para ser preenchida.

São 100 questões de múltipla escolha com apenas uma alternativa correta.

Nas últimas páginas estão relacionadas as referências bibliográficas das questões.

Guarde o caderno de testes para estudo.

Bom Teste!!!!

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Dr. Márcio Schiefer de Sá Carvalho (RJ) – Presidente

Dr. Carlos Alberto de Souza Araujo Neto (RJ) – Vice-presidente

Dr. Adriano Fernando Mendes Júnior (MG) – Secretário-executivo

Dr. Francisco Robson de Vasconcelos Alves (CE) – Secretário-adjunto

Dra. Cinthia Faraco Martinez Cebrian (SC)

Dr. Fábio Teruo Matsunaga (SP)

Dr. Mario Lenza (SP)

Dr. Rogerio Carneiro Bitar (SP)

Dr. Eduardo Sadao Yonamine (SP)

Dr. Eriko Gonçalves Filgueira (DF)

Dr. Sebastião Vieira de Moraes (MA)

Dr. Tiago Lazzaretti Fernandes (SP)

Nome completo:

Assinatura:

Data:

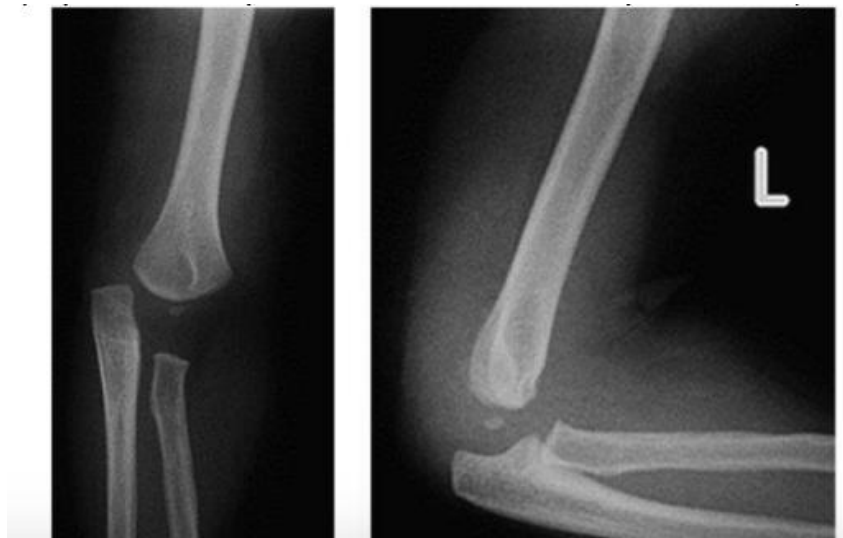
Instruções:

- Informe nome, data e assine a prova.
- Preencha as respostas conforme modelo: ● ○ ○ ○ ○
- Assinale apenas uma alternativa para cada questão. Mais de uma anulará a resposta.
- Não é permitido substituir a folha de respostas.
- Não deixe a questão em branco.
- Utilize caneta esferográfica azul ou preta.

NÃO AMASSE, NÃO DOBRE E NÃO RASURE ESTA FOLHA.

	A	B	C	D		A	B	C	D		A	B	C	D		A	B	C	D
1 -	☐	☐	☐	☐	31 -	☐	☐	☐	☐	61 -	☐	☐	☐	☐	91 -	☐	☐	☐	☐
2 -	☐	☐	☐	☐	32 -	☐	☐	☐	☐	62 -	☐	☐	☐	☐	92 -	☐	☐	☐	☐
3 -	☐	☐	☐	☐	33 -	☐	☐	☐	☐	63 -	☐	☐	☐	☐	93 -	☐	☐	☐	☐
4 -	☐	☐	☐	☐	34 -	☐	☐	☐	☐	64 -	☐	☐	☐	☐	94 -	☐	☐	☐	☐
5 -	☐	☐	☐	☐	35 -	☐	☐	☐	☐	65 -	☐	☐	☐	☐	95 -	☐	☐	☐	☐
6 -	☐	☐	☐	☐	36 -	☐	☐	☐	☐	66 -	☐	☐	☐	☐	96 -	☐	☐	☐	☐
7 -	☐	☐	☐	☐	37 -	☐	☐	☐	☐	67 -	☐	☐	☐	☐	97 -	☐	☐	☐	☐
8 -	☐	☐	☐	☐	38 -	☐	☐	☐	☐	68 -	☐	☐	☐	☐	98 -	☐	☐	☐	☐
9 -	☐	☐	☐	☐	39 -	☐	☐	☐	☐	69 -	☐	☐	☐	☐	99 -	☐	☐	☐	☐
10 -	☐	☐	☐	☐	40 -	☐	☐	☐	☐	70 -	☐	☐	☐	☐	100 -	☐	☐	☐	☐
11 -	☐	☐	☐	☐	41 -	☐	☐	☐	☐	71 -	☐	☐	☐	☐					
12 -	☐	☐	☐	☐	42 -	☐	☐	☐	☐	72 -	☐	☐	☐	☐					
13 -	☐	☐	☐	☐	43 -	☐	☐	☐	☐	73 -	☐	☐	☐	☐					
14 -	☐	☐	☐	☐	44 -	☐	☐	☐	☐	74 -	☐	☐	☐	☐					
15 -	☐	☐	☐	☐	45 -	☐	☐	☐	☐	75 -	☐	☐	☐	☐					
16 -	☐	☐	☐	☐	46 -	☐	☐	☐	☐	76 -	☐	☐	☐	☐					
17 -	☐	☐	☐	☐	47 -	☐	☐	☐	☐	77 -	☐	☐	☐	☐					
18 -	☐	☐	☐	☐	48 -	☐	☐	☐	☐	78 -	☐	☐	☐	☐					
19 -	☐	☐	☐	☐	49 -	☐	☐	☐	☐	79 -	☐	☐	☐	☐					
20 -	☐	☐	☐	☐	50 -	☐	☐	☐	☐	80 -	☐	☐	☐	☐					
21 -	☐	☐	☐	☐	51 -	☐	☐	☐	☐	81 -	☐	☐	☐	☐					
22 -	☐	☐	☐	☐	52 -	☐	☐	☐	☐	82 -	☐	☐	☐	☐					
23 -	☐	☐	☐	☐	53 -	☐	☐	☐	☐	83 -	☐	☐	☐	☐					
24 -	☐	☐	☐	☐	54 -	☐	☐	☐	☐	84 -	☐	☐	☐	☐					
25 -	☐	☐	☐	☐	55 -	☐	☐	☐	☐	85 -	☐	☐	☐	☐					
26 -	☐	☐	☐	☐	56 -	☐	☐	☐	☐	86 -	☐	☐	☐	☐					
27 -	☐	☐	☐	☐	57 -	☐	☐	☐	☐	87 -	☐	☐	☐	☐					
28 -	☐	☐	☐	☐	58 -	☐	☐	☐	☐	88 -	☐	☐	☐	☐					
29 -	☐	☐	☐	☐	59 -	☐	☐	☐	☐	89 -	☐	☐	☐	☐					
30 -	☐	☐	☐	☐	60 -	☐	☐	☐	☐	90 -	☐	☐	☐	☐					

1. Conforme a classificação *Subaxial Injury Classification (SLIC)*, na avaliação do *status* neurológico, a maior pontuação ocorre no paciente
 - A) intacto.
 - B) com lesão de raiz nervosa.
 - C) com lesão medular completa.
 - D) com lesão medular incompleta.
2. Criança de 12 meses de idade é levada à emergência por dor e impotência funcional no cotovelo esquerdo. O responsável que acompanha a criança não sabe informar se houve trauma. Não apresenta febre. Ao exame clínico, apresenta edema no cotovelo e pseudoparalisia do membro acometido. Após exames de radiografia de cotovelo (imagem a seguir), conclui-se que o diagnóstico é de



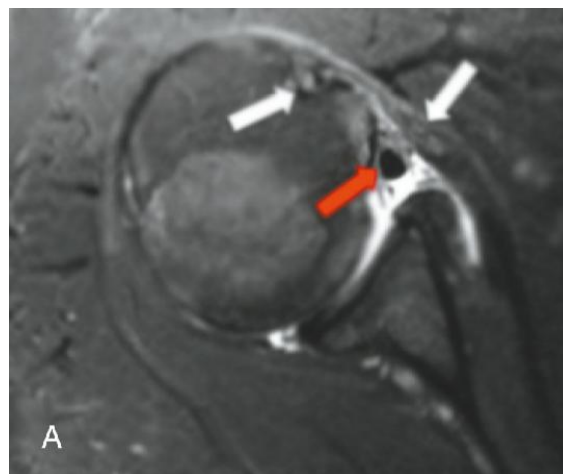
Fonte: WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. **Rockwood and Wilkins' Fractures in Children**. 10. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.

- A) pronação dolorosa.
- B) luxação de cotovelo.
- C) artrite séptica do cotovelo.
- D) fratura fisária do úmero distal.

3. Paciente masculino, 67 anos, com *déficit* neurológico no membro inferior direito por neuropatia diabética e com quadro avançado de osteoartrose do tornozelo ipsilateral. Refere dor moderada ao deambular e queixa de quedas frequentes por instabilidade do tornozelo. Na falha do tratamento conservador, com o uso de bota imobilizadora e de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios, a opção cirúrgica mais indicada é

- A) artrodiastase do tornozelo.
- B) artrodese tibiotársica com três parafusos.
- C) artroplastia total do tornozelo e reparo ligamentar.
- D) artrodese tibiototalcalcaneana com haste retrógrada.

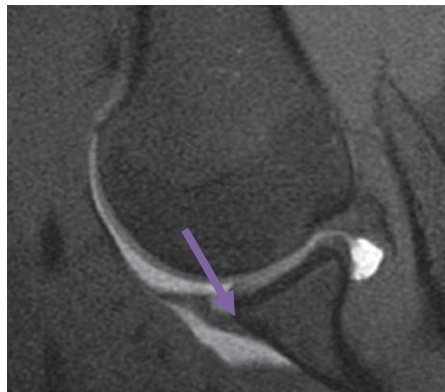
4. Paciente do sexo feminino, 30 anos, magra, praticante de musculação, destra, vítima de queda de moto com trauma sobre o ombro direito. Procurou atendimento de urgência em razão de intensa dor, e exames primários não evidenciaram fratura ou luxação do ombro. O exame a seguir foi solicitado, e as setas brancas e vermelha denotam as principais alterações. Os diagnósticos são



Fonte: MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. **Ortopedia e Traumatologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

- A) lesão do supraespal com luxação medial da cabeça longa do bíceps.
- B) lesão do subescapular com luxação medial da cabeça longa do bíceps.
- C) lesão do supraespal com luxação anterior da cabeça longa do bíceps.
- D) lesão do subescapular com luxação anterior da cabeça longa do bíceps.

5. Na fratura do terço proximal do úmero, o mecanismo por queda ao solo sobre o ombro gera forças deformantes que ocasionam o desvio da cabeça em
- A) varo.
 - B) valgo.
 - C) adução.
 - D) abdução.
6. Na formação óssea dos membros superiores, o primeiro osso a se ossificar é
- A) o úmero, por ossificação endocondral.
 - B) a clavícula, por ossificação endocondral.
 - C) o úmero, por ossificação intramembranosa.
 - D) a clavícula, por ossificação intramembranosa.
7. Sobre o tratamento cirúrgico da lesão SLAP, a idade recomendada para o reparo labial é
- A) até 40 anos.
 - B) 40 a 50 anos.
 - C) 50 a 60 anos.
 - D) acima de 60 anos.
8. Paciente do sexo masculino, 18 anos, com instabilidade anterior traumática do ombro. O posicionamento do ombro e a estrutura comprometida na imagem de ressonância magnética a seguir são, respectivamente,



Fonte: AZAR, F. M.; BEATY, J. H. **Campbell's operative orthopaedics**. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

- A) FABS e posterior.
- B) ABER e posterior.
- C) FABS e anteroinferior.
- D) ABER e anteroinferior.

9. Na propedêutica da epicondilite lateral, o teste de COZEN é realizado com o cotovelo inicialmente

- A) em extensão total e antebraço pronado.
- B) em extensão total e antebraço supinado.
- C) em flexão de 90 graus e antebraço pronado.
- D) em flexão de 90 graus e antebraço supinado.

10. No tratamento cirúrgico da lesão proximal dos isquiotibiais, são complicações primárias

- A) rerruptura e dor persistente.
- B) rerruptura e infecção superficial.
- C) dor persistente e diminuição de força.
- D) infecção superficial e diminuição da força.

11. Na doença de PAGET, as lesões radiográficas

- A) são tipicamente líticas e, geralmente, são captadas na cintilografia óssea.
- B) são tipicamente líticas e, geralmente, não são captadas na cintilografia óssea.
- C) variam de acordo com o estágio da doença e, geralmente, são captadas na cintilografia óssea.
- D) variam de acordo com o estágio da doença e, geralmente, não são captadas na cintilografia óssea.

12. A síndrome de GARDNER é a associação entre pólipos intestinais, fibromatose e cistos cutâneos com múltiplos

- A) osteomas.
- B) encondromas.
- C) osteoblastomas.
- D) osteocondromas.

13. A síndrome de JAFFE-CAMPANACCI é caracterizada pela associação entre

- A) displasia fibrosa polioestótica e manchas café com leite.
- B) displasia fibrosa polioestótica e mixomas intramusculares.
- C) múltiplos fibromas não ossificantes e manchas café com leite.
- D) múltiplos fibromas não ossificantes e mixomas intramusculares.

14. A apresentação radiográfica mais comum do adamantinoma é uma lesão

- A) radiopaca na diáfise da tíbia.
- B) radiopaca na metáfise da tíbia.
- C) radioluciente na diáfise da tíbia.
- D) radioluciente na metáfise da tíbia.

15. O sarcoma de EWING tem pior prognóstico em pacientes do sexo

- A) feminino e em pacientes mais jovens (menores de 12 a 15 anos).
- B) feminino e em pacientes mais velhos (maiores de 12 a 15 anos).
- C) masculino e em pacientes mais jovens (menores de 12 a 15 anos).
- D) masculino e em pacientes mais velhos (maiores de 12 a 15 anos).

16. A fratura tipo “banana” é

- A) transversa, associada a traumas de alta energia.
- B) segmentar, associada a traumas de alta energia.
- C) transversa, associada a traumas de baixa energia em osso patológico.
- D) segmentar, associada a traumas de baixa energia em osso patológico.

17. De acordo com ENNEKING, uma lesão tumoral maligna, extracompartmental, de baixo grau e com metástases a distância está no estágio

- A) I.
- B) II.
- C) III.
- D) IV.

18. Uma forma de torcicolo congênito indolor que, geralmente, está associada a anomalias ósseas na coluna cervical está relacionada à

- A) síndrome de GRISEL.
- B) deformidade de ALFREDEL.
- C) síndrome de KLIPPEL-FEIL.
- D) deformidade de SPRENGEL.

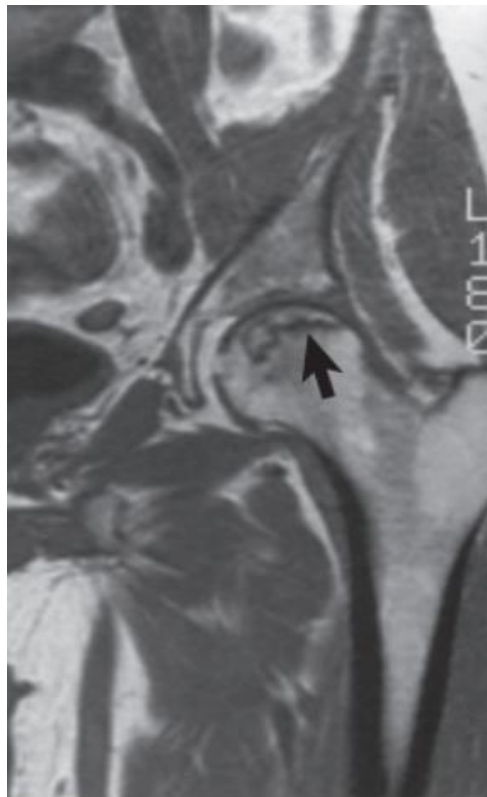
19. Em mucopolissacaridose, o tipo que evolui com complicação cardiológica fatal antes de 10 anos de idade é a síndrome de

- A) SCHEIE.
- B) HURLER.
- C) HUNTER.
- D) MORQUIO.

20. Na artrogripose clássica, as crianças geralmente apresentam

- A) hemangioma cutâneo na fronte e inteligência normal.
- B) hemangioma cutâneo na região da coxa e inteligência normal.
- C) hemangioma cutâneo na região da coxa e inteligência alterada.
- D) hemangioma cutâneo no membro superior e inteligência normal.

21. Na imagem a seguir, de uma ressonância magnética do quadril esquerdo com osteonecrose, observamos uma sequência ponderada em



Fonte: AZAR, F. M.; BEATY, J. H. **Campbell's operative orthopaedics**. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

- A) T1 com imagem geográfica.
- B) T2 com imagem geográfica.
- C) T1 com imagem de "dupla linha", típica de osteonecrose.
- D) T2 com imagem de "dupla linha", típica de osteonecrose.

22. Criança com dois meses de vida apresentando febre, irritabilidade e pseudoparalisia do membro inferior direito há três dias. Apresenta-se em atitude de flexão e rotação externa do quadril. Recebeu alta da UTI neonatal há uma semana. O ultrassom do quadril direito mostra um aumento da quantidade de líquido articular. A radiografia a seguir mostra um aumento do espaço articular à direita. O diagnóstico e o tratamento para o caso em questão são, respectivamente,



Fonte: WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. **Lovell and Winter's pediatric orthopaedics**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.

- A) sinovite transitória do quadril e drenagem cirúrgica.
- B) sinovite transitória do quadril e repouso/observação.
- C) artrite séptica do quadril, drenagem cirúrgica e antibioticoterapia.
- D) artrite séptica do quadril, repouso/observação e antibioticoterapia.

23. A lesão do músculo peitoral maior ocorre, geralmente,

- A) no ventre muscular.
- B) na inserção umeral.
- C) na cabeça clavicular.
- D) na cabeça esternocostal.

24. A polidactilia com duplicação do polegar do tipo IV, segundo a classificação de WASSEL, é classificada por EZAKI como tipo

- A) I.
- B) II.
- C) III.
- D) IV.

25. Na avaliação da contratura do músculo grácil, a manobra realizada em decúbito ventral é o teste

- A) de PACE.
- B) da bicicleta.
- C) de PHELPS.
- D) de McCARTHY.

26. Na via de acesso do quadril de WATSON-JONES, é necessária a dissecação do intervalo entre os músculos

- A) glúteo mínimo e tensor da fáscia lata.
- B) glúteo médio e tensor da fáscia lata.
- C) glúteo mínimo e sartório.
- D) glúteo médio e sartório.

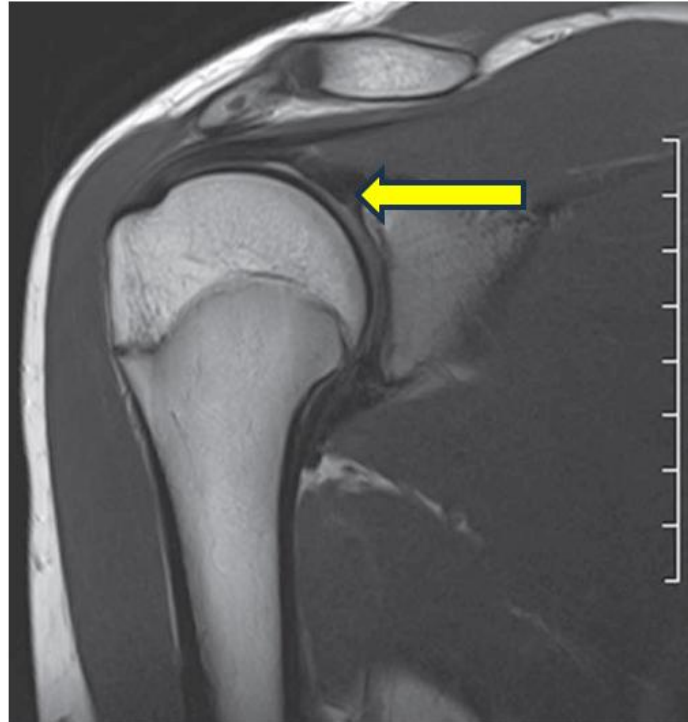
27. As fraturas por estresse em estágio III, segundo KAEDING & MILLER, são descritas como

- A) reação de estresse sem fratura.
- B) pseudoartrose.
- C) sem desvio.
- D) desviadas.

28. Na reconstrução anatômica dos ligamentos coracoclaviculares pela técnica de MAZZOCCA, a distância entre a superfície articular lateral da clavícula e o túnel para o ligamento conoide deve ser de

- A) 15 mm.
- B) 25 mm.
- C) 35 mm.
- D) 45 mm.

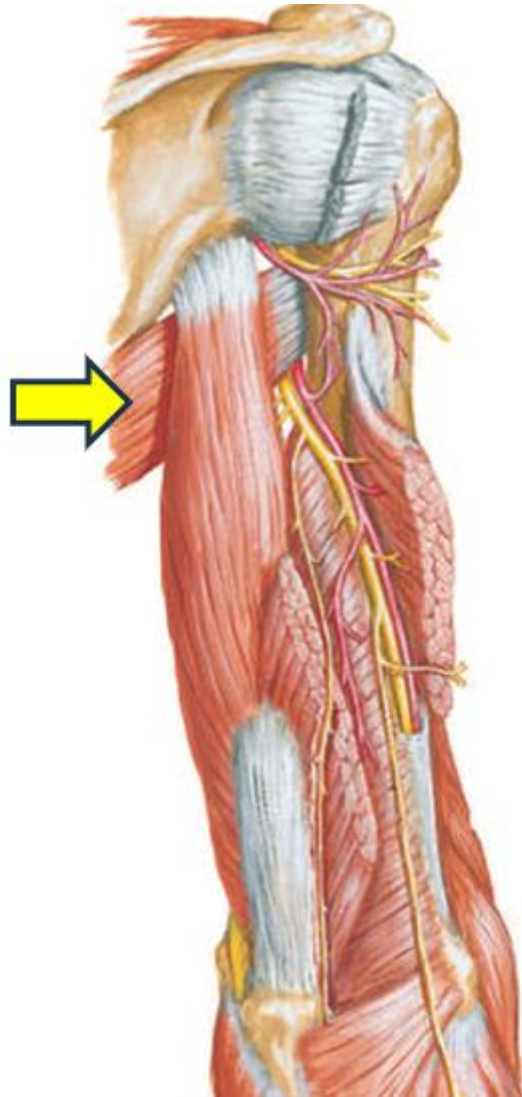
29. Na imagem a seguir, a estrutura apontada pela seta corresponde ao



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) recesso axilar.
- B) lábio glenoidal.
- C) músculo redondo menor.
- D) ligamento coracoacromial.

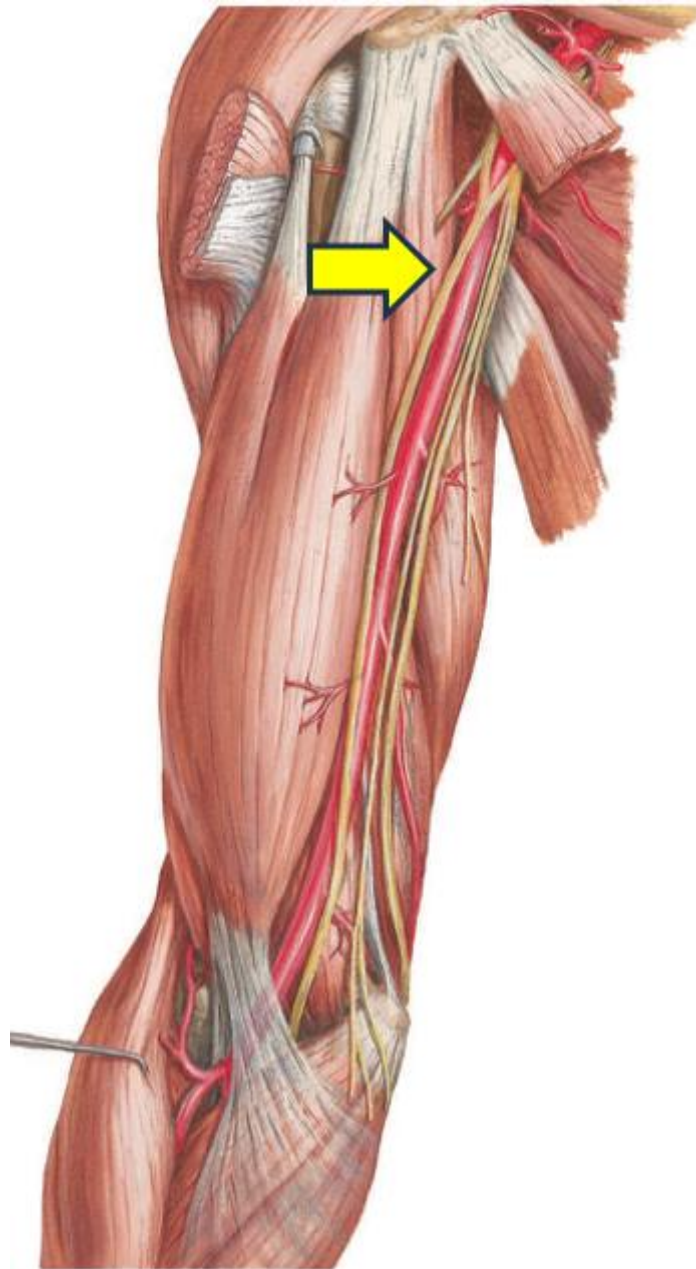
30. Na imagem a seguir, a estrutura apontada pela seta corresponde ao músculo



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) infraespinal.
- B) subescapular.
- C) redondo maior.
- D) redondo menor.

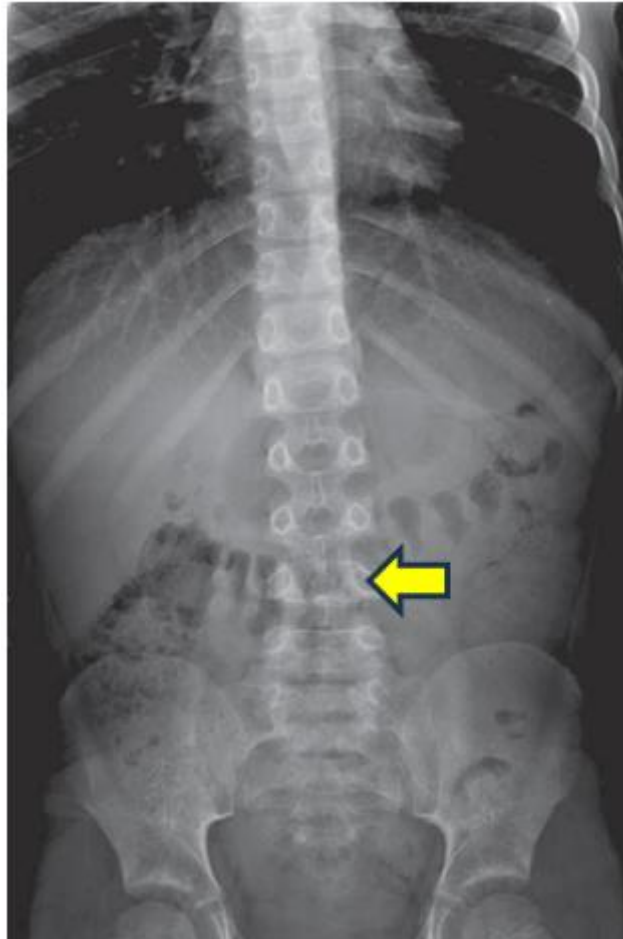
31. Na imagem a seguir, a estrutura apontada pela seta corresponde ao músculo



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) braquial.
- B) peitoral menor.
- C) coracobraquial.
- D) tríceps braquial.

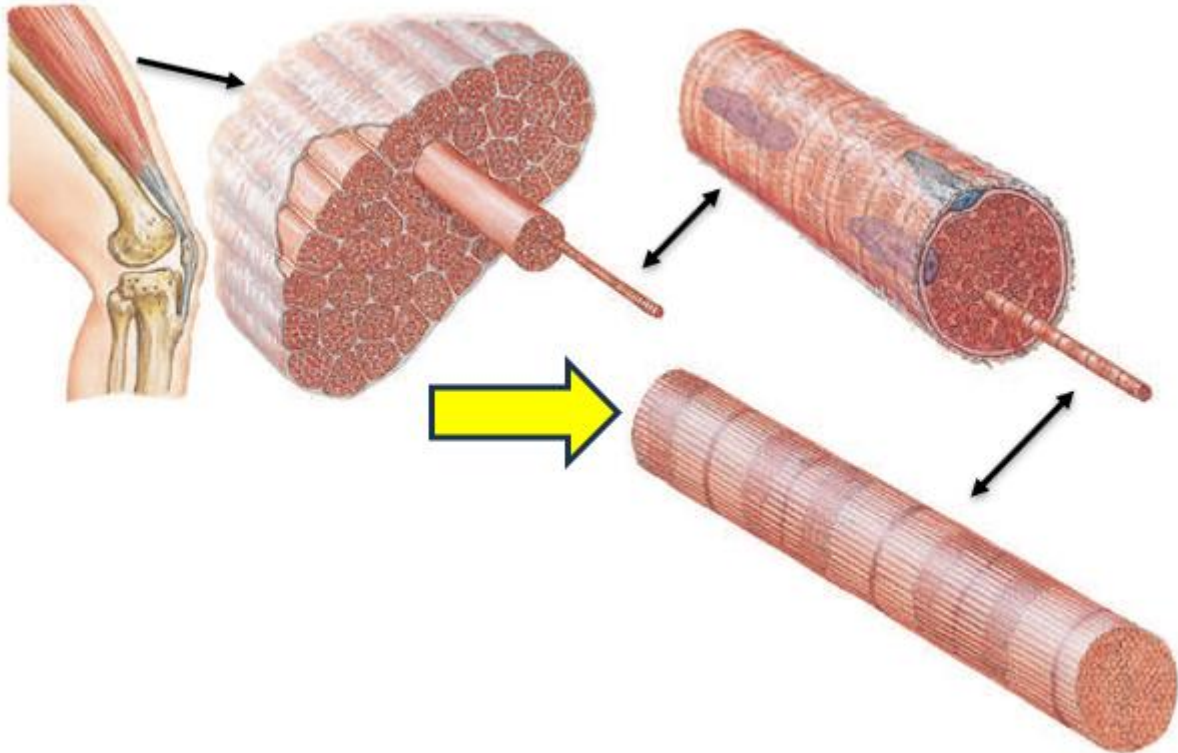
32. Na imagem a seguir, a estrutura apontada pela seta corresponde ao



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) pedículo de L4.
- B) processo espinhoso de L4.
- C) processo articular inferior de L4.
- D) processo articular superior de L4.

33. Na imagem a seguir, a estrutura apontada pela seta amarela corresponde



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) à miofibrila.
- B) à fibra muscular.
- C) ao miofilamento.
- D) ao fascículo muscular.

34. A imagem a seguir evidencia a realização da manobra



Fonte: MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. **Ortopedia e Traumatologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

- A) *milking*.
- B) *pivot shift*.
- C) *moving valgus stress test*.
- D) *valgus extension overload*.

35. Na neuropatia compressiva do nervo cutâneo lateral do antebraço, os sintomas são exacerbados com o cotovelo em

- A) flexão e pronação.
- B) flexão e supinação.
- C) extensão e pronação.
- D) extensão e supinação.

36. Nas escolioses neuromusculares, a artrodese com a inclusão da pelve está usualmente indicada nos pacientes

- A) deambuladores com obliquidade pélvica > 10 graus.
- B) deambuladores com qualquer obliquidade pélvica.
- C) não deambuladores com obliquidade pélvica > 15 graus.
- D) não deambuladores com qualquer obliquidade pélvica.

37. Na classificação *Thoracolumbar Injury Classification and Severity Score (TLICS)*, em relação à morfologia vertebral, a maior pontuação ocorre na fratura do tipo

- A) distração.
- B) compressão.
- C) translação/rotação.
- D) compressão com explosão.

38. Na artroplastia de joelho, a rotação do componente femoral, em relação ao eixo transepicondilar, deve ser

- A) paralela.
- B) perpendicular.
- C) com 3 graus de rotação interna.
- D) com 3 graus de rotação externa.

39. Na infecção aguda pós artroplastia de joelho, a cultura positiva para *S. aureus* é uma

- A) contraindicação de revisão em dois tempos.
- B) indicação para desbridamento com retenção da prótese.
- C) contraindicação relativa para desbridamento com retenção da prótese.
- D) contraindicação absoluta para desbridamento com retenção da prótese.

40. Em pacientes com insuficiência crônica do ligamento cruzado posterior do joelho, a progressão das alterações articulares degenerativas ocorre no compartimento

- A) patelofemoral, isoladamente.
- B) tibiofemoral medial, isoladamente.
- C) patelofemoral e tibiofemoral lateral.
- D) patelofemoral e tibiofemoral medial.

41. Na osteocondrite dissecante do joelho, o acometimento da patela tem prognóstico

- A) pior que o acometimento do côndilo femoral e acomete, mais frequentemente, o polo inferior.
- B) pior que o acometimento do côndilo femoral e acomete, mais frequentemente, o polo superior.
- C) melhor que o acometimento do côndilo femoral e acomete, mais frequentemente, o polo inferior.
- D) melhor que o acometimento do côndilo femoral e acomete, mais frequentemente, o polo superior.

42. Na avaliação clínica de paciente com lesão ligamentar do joelho, o teste da rotação externa tibial com resultado positivo em 30 e 90 graus de flexão indica lesão

- A) isolada do canto posterolateral.
- B) isolada do ligamento cruzado posterior.
- C) combinada do ligamento cruzado anterior e do canto posterolateral.
- D) combinada do ligamento cruzado posterior e do canto posterolateral.

43. O joelho tem características de articulação do tipo

- A) gínglimo, permitindo apenas flexão e extensão.
- B) trocoide, permitindo apenas movimentos rotacionais.
- C) gínglimo e trocoide, restringindo movimentos rotacionais em extensão completa.
- D) gínglimo e trocoide, permitindo movimentos rotacionais em toda amplitude de movimento.

44. A lesão meniscal em rampa corresponde a uma

- A) lesão radial próximo à inserção posterior do menisco lateral, quase sempre associada à lesão do ligamento cruzado anterior.
- B) lesão radial próximo à inserção posterior do menisco medial, quase sempre associada a alterações degenerativas da articulação.
- C) separação da junção meniscocapsular posterior do menisco medial, quase sempre associada à lesão do ligamento cruzado anterior.
- D) separação da junção meniscocapsular posterior do menisco lateral, quase sempre associada a alterações degenerativas da articulação.

45. As fraturas que apresentam alta especificidade para o diagnóstico de lesões não acidentais na criança são as fraturas

- A) epifisárias em alça de balde e as fraturas anteriores das costelas.
- B) epifisárias em alça de balde e as fraturas posteriores das costelas.
- C) metafisárias em alça de balde e as fraturas anteriores das costelas.
- D) metafisárias em alça de balde e as fraturas posteriores das costelas.

46. Na osteogênese imperfeita, o excesso de calo ósseo produzido após fratura ou osteotomia está associado ao defeito no gene



Fonte: WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. **Lovell and Winter's pediatric orthopaedics**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.

- A) WNT1.
- B) IFITM5.
- C) LEPRE1.
- D) COL1A1.

47. Na retirada de enxerto ósseo do ílio anterior, os nervos em risco são

- A) glúteo superior e ilioinguinal.
- B) glúteo superior e cluneal superior.
- C) cutâneo femoral lateral e ilioinguinal.
- D) cutâneo femoral lateral e cluneal superior.

48. A marcha anserina é observada na

- A) doença de PARKINSON, e o paciente apresenta uma hipercifose torácica.
- B) doença de PARKINSON, e o paciente apresenta uma hiperlordose lombar.
- C) distrofia muscular de DUCHENNE, e o paciente apresenta uma hipercifose torácica.
- D) distrofia muscular de DUCHENNE, e o paciente apresenta uma hiperlordose lombar.

49. Em uma criança com desenvolvimento normal, em que a radiografia demonstra o início da ossificação da cabeça do fêmur, é esperado que ela tenha adquirido recentemente a capacidade de

- A) andar sem apoio.
- B) subir escadas com apoio.
- C) sustentar a cabeça e o tronco em decúbito ventral.
- D) levantar-se em ortostatismo com apoio dos braços.

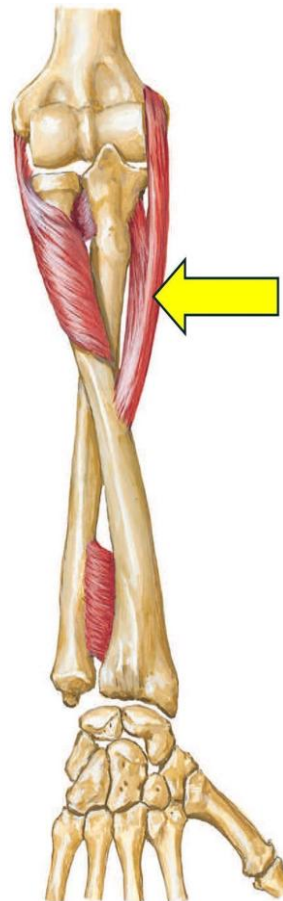
50. A fratura da apófise posterior do corpo vertebral no esqueleto imaturo ocorre tipicamente em

- A) recém-nascidos.
- B) crianças entre 2 e 4 anos de idade.
- C) crianças entre 5 e 9 anos de idade.
- D) adolescentes.

51. Na fratura dos ossos do antebraço em uma criança, a avaliação rotacional deve ser feita por meio da observação da relação entre a

- A) fise proximal do rádio e a eminência tenar.
- B) tuberosidade do bíceps e a eminência tenar.
- C) fise proximal do rádio e a tabaqueira anatômica.
- D) tuberosidade do bíceps e a tabaqueira anatômica.

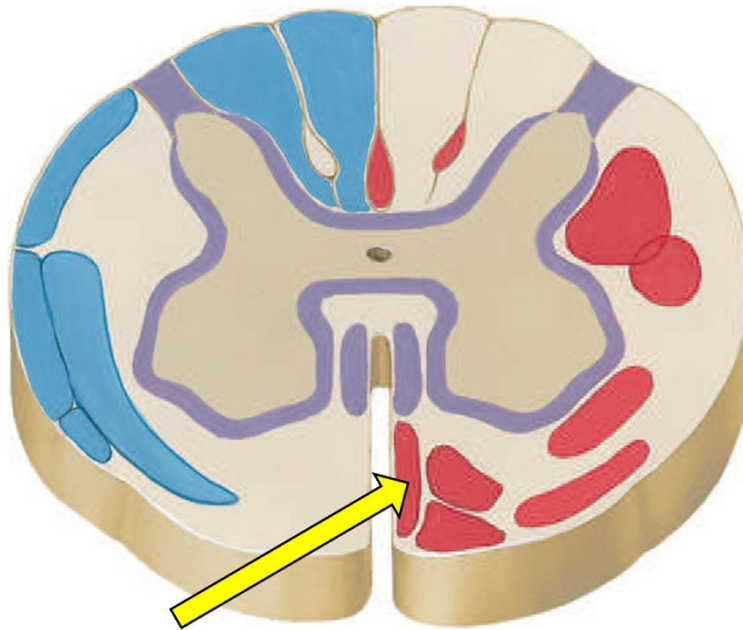
52. Na imagem a seguir, a estrutura anatômica apontada pela seta é o músculo



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) supinador.
- B) braquiorradial.
- C) pronador redondo.
- D) pronador quadrado.

53. Na imagem a seguir, a estrutura anatômica apontada pela seta é o



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) fascículo cuneiforme.
- B) trato vestibulo-espinhal.
- C) trato espinotalâmico anterior.
- D) trato corticoespinhal anterior.

54. Deve-se suspeitar de fratura luxação tipo GALEAZZI quando ocorre fratura da extremidade distal metafisária

- A) da ulna e do estiloide do rádio.
- B) do rádio e do estiloide da ulna.
- C) da ulna e da extremidade distal metafisária do rádio.
- D) do rádio e da extremidade distal metafisária da ulna.

55. As fraturas da tuberosidade da tíbia classificadas como tipo III por WATSON-JONES correspondem a uma fratura SALTER-HARRIS tipo

- A) I.
- B) II.
- C) III.
- D) IV.

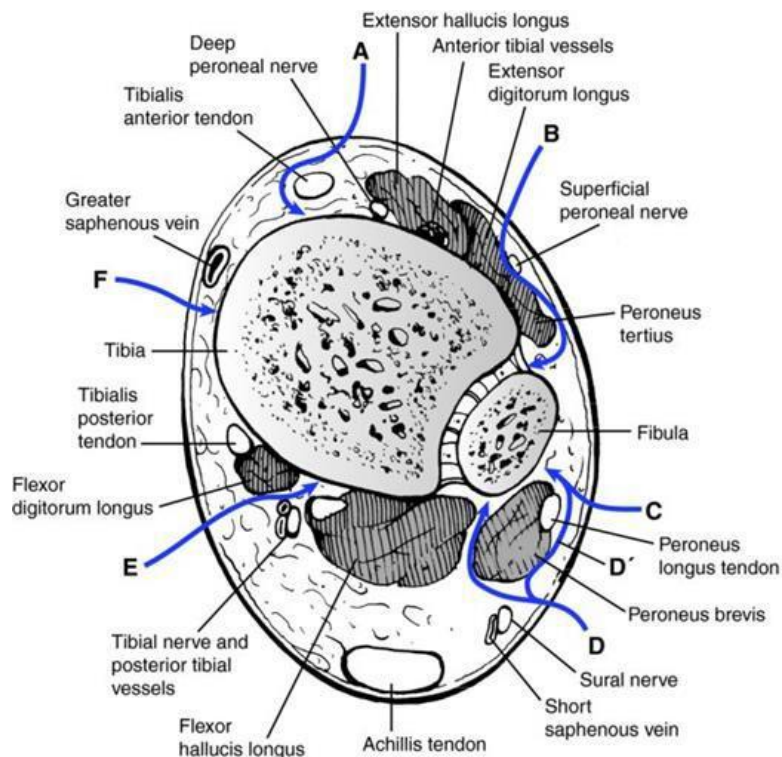
56. Segundo a classificação de DELBET para as fraturas do fêmur proximal em crianças, o tipo mais comum é o tipo

- A) I.
- B) II.
- C) III.
- D) IV.

57. A artropatia de CHARCOT é

- A) uma artropatia metabólica.
- B) um processo neurodegenerativo.
- C) decorrente de microtraumas de repetição.
- D) decorrente de uma alteração vascular periférica.

58. Paciente de 45 anos, sofreu uma fratura do tornozelo AO 44B2.3. Após melhora do envelope de partes moles, optou-se pelo tratamento cirúrgico definitivo. Com base na imagem a seguir, as duas principais vias de acesso para reduzir e fixar todas as fraturas são



Fonte: TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. **Rockwood and Green's Fractures in Adults**. 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.

- A) B e F.
- B) B e C.
- C) C e E.
- D) D e F.

59. Nas deformidades dos dedos dos pés, o “dedo em garra” diferencia-se do “dedo em martelo” por apresentar

- A) rigidez articular.
- B) calosidade dorsal.
- C) flexão da interfalangeana distal.
- D) extensão da metatarsofalangeana.

60. Na via de acesso ao seio do tarso para tratamento das fraturas do calcâneo, a estrutura anatômica que deve ser seccionada para melhor exposição da subtalar é o

- A) retináculo dos extensores.
- B) ligamento calcaneofibular.
- C) ligamento talofibular anterior.
- D) músculo extensor curto dos dedos.

61. A complicação mais comum das fraturas fisárias do tornozelo é a

- A) consolidação viciosa.
- B) sinostose tibiofibular distal.
- C) deformidade em valgo do tornozelo.
- D) parada do crescimento simétrico da fise.

62. A zona hipovascular do tendão quadríceps, onde acontece a maioria das rupturas espontâneas, está localizada

- A) a menos de 1 centímetro do polo superior da patela.
- B) 1 a 2 centímetros proximal ao polo superior da patela.
- C) 3 a 4 centímetros proximal ao polo superior da patela.
- D) 5 a 6 centímetros proximal ao polo superior da patela.

63. Na espondilolistese, conforme a classificação de WILTSE, NEWMAN e MACNAB, o tipo IV (traumático) corresponde à fratura

- A) do pedículo e da faceta.
- B) da *pars interarticularis* e da faceta.
- C) da lâmina e da *pars interarticularis*.
- D) da *pars interarticularis* e do pedículo.

64. Nas roturas crônicas do tendão de Aquiles com até três meses de evolução e com defeito (*gap*) superior a 3 centímetros, recomenda-se a realização de

- A) tenorrafia percutânea.
- B) tenorrafia direta dos cotos.
- C) tenoplastia com tendões flexores.
- D) tratamento conservador com bota por seis semanas.

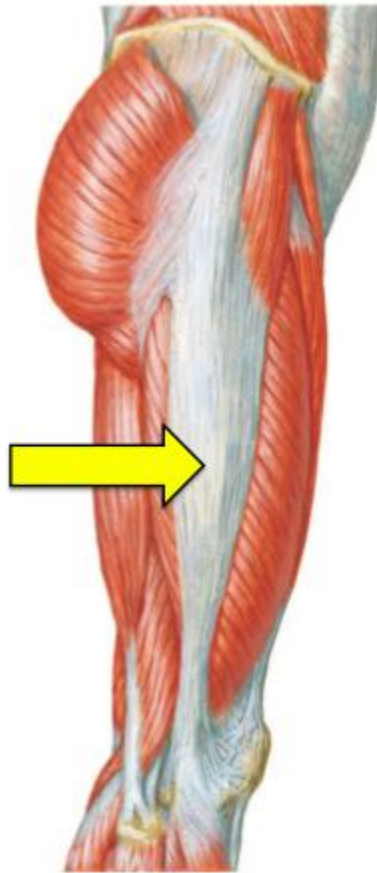
65. Na imagem a seguir, as estruturas assinaladas pela seta no canal adutor correspondem



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) ao nervo safeno e à artéria femoral.
- B) ao nervo femoral e à artéria femoral.
- C) ao nervo safeno e à veia safena magna.
- D) ao nervo femoral e à veia safena magna.

66. A estrutura assinalada na imagem a seguir recebe as inserções dos músculos



Fonte: NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

- A) glúteo médio e vasto lateral.
- B) glúteo médio e tensor da fáscia lata.
- C) glúteo máximo e vasto lateral.
- D) glúteo máximo e tensor da fáscia lata.

67. No acometimento osteoarticular pela brucelose, a artrite mais comum é no

- A) joelho.
- B) punho.
- C) quadril.
- D) tornozelo.

68. A deformidade identificada na radiografia a seguir está associada a



Fonte: HERRING, J. A. **Tachdjian's pediatric orthopaedics**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.

- A) hemimelia fibular.
- B) pé torto congênito.
- C) pé calcâneo valgo.
- D) defeito de consolidação após fratura.

69. Em relação ao tratamento cirúrgico da doença de KIENBÖCK em pacientes com *ulna minus*, a técnica cirúrgica de nivelamento articular consiste no encurtamento do rádio em

- A) 1 mm.
- B) 2 mm.
- C) 3 mm.
- D) 4 mm.

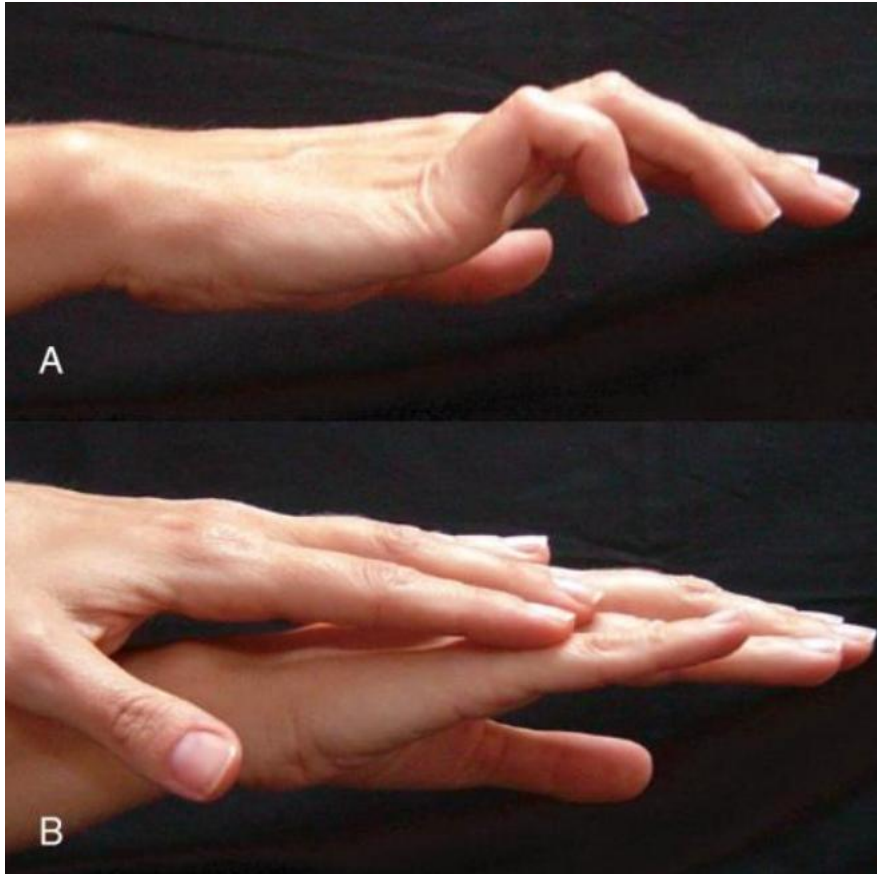
70. No tratamento cirúrgico da mão reumatoide para correção do desvio ulnar dos dedos, realiza-se a transferência com alinhamento dos tendões extensores, associada ao rebalanceamento dos intrínsecos, conforme técnica descrita por

- A) FLATT.
- B) BUNNELL.
- C) KLEINERT.
- D) SWANSON.

71. Em relação à biomecânica do punho, o componente mais espesso e resistente do ligamento semilunopiramidal é a sua porção

- A) volar.
- B) distal.
- C) dorsal.
- D) proximal.

72. Na semiologia da mão, a manobra clínica que corrige a garra ulnar demonstrada na imagem a seguir é descrita por



Fonte: MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. **Ortopedia e Traumatologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

- A) JEANNE.
- B) BOUVIER.
- C) DUCHENNE.
- D) ANDRE-THOMAS.

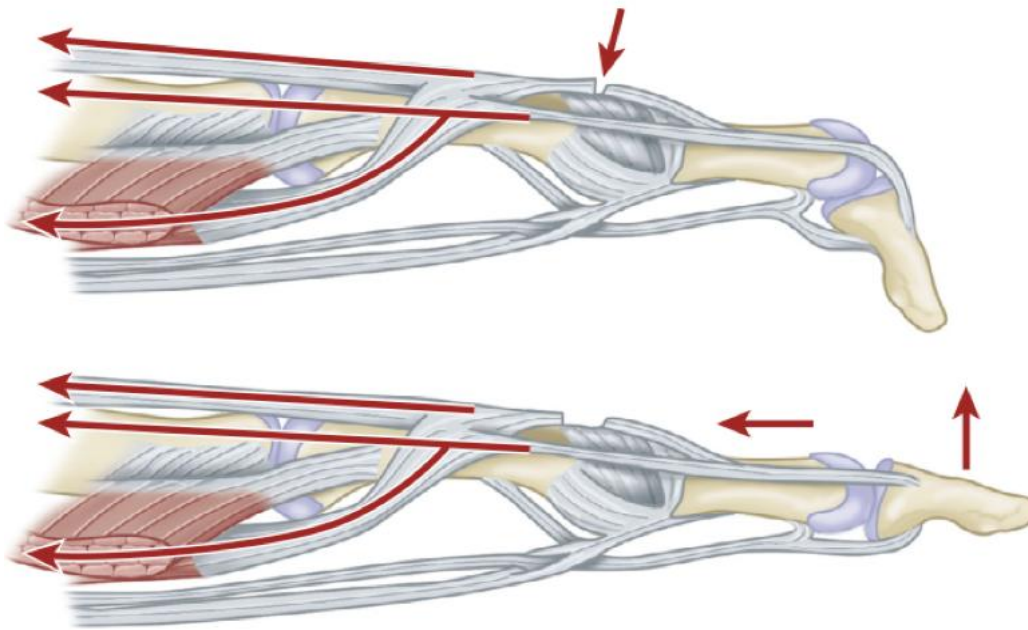
73. Em relação à cobertura cutânea do polegar, o retalho demonstrado na imagem a seguir foi descrito por



Fonte: MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. **Ortopedia e Traumatologia**.
1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

- A) O'BRIEN.
- B) MOBERG.
- C) FOUCHER.
- D) TRANQUILLI.

74. Em relação ao tratamento cirúrgico do dedo em martelo crônico, o procedimento de tenotomia da aleta central, demonstrado na imagem a seguir, foi descrito por



Fonte: AZAR, F. M.; BEATY, J. H. **Campbell's operative orthopaedics**. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

- A) AICHE.
- B) LITTLER.
- C) FOWLER.
- D) BROOKS-GRANER.

75. O valor normal do ângulo da gota de lágrima (*teardrop angle*) da extremidade distal do rádio é de, aproximadamente,

- A) 30 graus.
- B) 55 graus.
- C) 70 graus.
- D) 85 graus.

76. A técnica de transferência nervosa do ramo motor do ulnar para o ramo motor do músculo bíceps, utilizada no tratamento cirúrgico da lesão traumática do plexo braquial em adulto, foi descrita por

- A) OBERLIN.
- B) BERTELLI.
- C) ZANCOLLI.
- D) MACKINNON.

77. A deformidade característica encontrada no segmento proximal da fratura subtrocanterica é

- A) flexão, adução e rotação medial.
- B) flexão, abdução e rotação lateral.
- C) extensão, adução e rotação lateral.
- D) extensão, abdução e rotação medial.

78. A lesão da artéria poplitea é mais comum na luxação do joelho

- A) lateral.
- B) medial.
- C) anterior.
- D) posterior.

79. As taxas de mortalidade associadas à fratura do anel pélvico por compressão anteroposterior e compressão lateral, ambas classificadas como tipo III segundo YOUNG e BURGESS, são, respectivamente,

- A) 20% e 10%.
- B) 40% e 10%.
- C) 20% e 25%.
- D) 40% e 25%.

80. Na osteoporose, no exame de densitometria óssea (DXA), o sítio periférico utilizado em substituição ao fêmur proximal e à coluna lombar é

- A) calcâneo dominante.
- B) antebraço dominante.
- C) calcâneo não dominante.
- D) antebraço não dominante.

81. A fratura de MONTEGGIA que ocorre quase exclusivamente em adultos, sendo rara em crianças, é a classificada por BADO como tipo

- A) 1.
- B) 2.
- C) 3.
- D) 4.

82. As fraturas parciais da cabeça radial acometem mais frequentemente seu quadrante

- A) anterolateral.
- B) anteromedial.
- C) posterolateral.
- D) posteromedial.

83. A principal causa de cúbito varo após fratura supracondilar do úmero em crianças é

- A) crescimento assimétrico por lesão fisária da tróclea.
- B) crescimento assimétrico por osteonecrose da tróclea.
- C) consolidação viciosa por desvio em varo da epífise distal do úmero.
- D) consolidação viciosa por desvio medial e rotação da epífise umeral distal.

84. A fratura da faceta anteromedial do processo coronoide é causada por compressão axial associada a forças em

- A) varo e pronação.
- B) varo e supinação.
- C) valgo e pronação.
- D) valgo e supinação.

85. A lesão neurológica mais comum na luxação simples do cotovelo é a do

- A) ulnar.
- B) radial.
- C) mediano.
- D) interósseo posterior.

86. Na paralisia obstétrica, a criança com síndrome de CLAUDE-BERNARD-HORNER apresenta-se com enoftalmia e

- A) anidrose facial, com bom prognóstico.
- B) anidrose facial, com mau prognóstico.
- C) hiperidrose facial, com mau prognóstico.
- D) hiperidrose facial, com bom prognóstico.

87. Na biomecânica do pé e do tornozelo durante a marcha normal, a fase de médio apoio é caracterizada por

- A) relaxamento do músculo tibial posterior e eversão da subtalar.
- B) relaxamento do músculo tibial posterior e inversão da subtalar.
- C) contração excêntrica do músculo tibial posterior e eversão da subtalar.
- D) contração excêntrica do músculo tibial posterior e inversão da subtalar.

88. Na fratura vertebral por insuficiência tratada com cimentação percutânea, o extravasamento do cimento ocorre com maior frequência em direção

- A) ao espaço discal.
- B) ao espaço epidural.
- C) à região pré-vertebral.
- D) à região paravertebral.

89. A história natural da degeneração do disco intervertebral é dividida em

- A) três estágios, que, sequencialmente, são: instabilidade, disfunção e estabilização.
- B) três estágios, que, sequencialmente, são: disfunção, instabilidade e estabilização.
- C) quatro estágios, que, sequencialmente, são: degeneração, instabilidade, disfunção e estabilização.
- D) quatro estágios, que, sequencialmente, são: degeneração, disfunção, instabilidade e estabilização.

90. Paciente masculino, 59 anos, admitido no pronto-socorro com história de dor lombar há sete dias. Ao exame, encontra-se afebril e sem *déficits* neurológicos. Exames de laboratório: 10.800 leucócitos/mm³, velocidade de hemossedimentação de 40 mm/h (valor normal: 0-20 mm/h) e proteína C reativa de 15 mg/L (valor normal: 0-5 mg/L). Exames de imagem (radiografia e ressonância magnética) sugestivos de espondilodiscite L4L5, sem sinais de instabilidade. Hemocultura positiva para *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina. A conduta mais adequada para este caso é

- A) biópsia guiada por tomografia.
- B) desbridamento via anterior e biópsia sem instrumentação.
- C) antibioticoterapia venosa conforme organismo identificado.
- D) desbridamento via posterior, biópsia e estabilização cirúrgica.

91. Na semiologia da coluna, a manobra na qual a unha do dedo médio é resvalada, desencadeando a flexão da falange distal do indicador e do polegar, é conhecida como

- A) sinal de HOFFMAN.
- B) sinal de LHERMITTE.
- C) teste de SPURLING.
- D) sinal de OPPENHEIM.

92. Na luxação esternoclavicular posterior em crianças, a manobra de redução consiste em manter o paciente em posição supina, com a colocação de coxim

- A) abaixo do ombro, associada à flexão do ombro do lado acometido.
- B) entre as escápulas, associada à flexão do ombro do lado acometido.
- C) abaixo do ombro, associada à tração do membro superior do lado acometido.
- D) entre as escápulas, associada à tração do membro superior do lado acometido.

93. Em pacientes com agenesia de punho e mão, é possível a realização do procedimento de

- A) FOUCHER, com a fusão do rádio e da ulna.
- B) KRUKENBERG, com a fusão do rádio e da ulna.
- C) FOUCHER, com a separação do rádio e da ulna.
- D) KRUKENBERG, com a separação do rádio e da ulna.

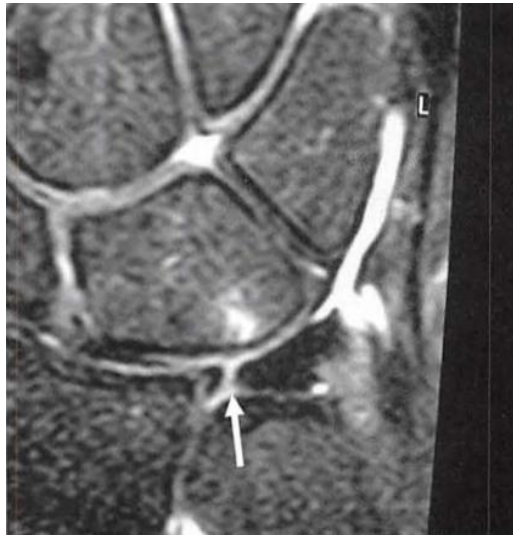
94. A imagem a seguir corresponde a uma ressonância magnética do polegar com evidência de lesão ligamentar de



Fonte: LEITE, N. M.; FALOPPA, F. **Propedêutica Ortopédica e Traumatológica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

- A) HIBBS.
- B) AICHE.
- C) STENER.
- D) GERBER.

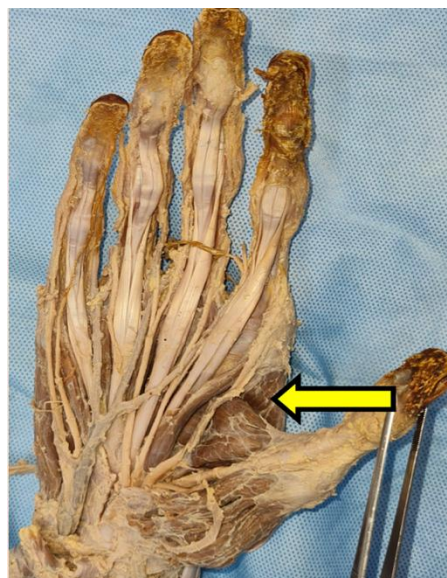
95. A imagem a seguir corresponde a uma ressonância magnética do punho com evidência de lesão da fibrocartilagem triangular na sua porção



Fonte: LEITE, N. M.; FALOPPA, F. **Propedêutica Ortopédica e Traumatológica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

- A) radial, visualizada no plano coronal ponderado em T1.
- B) central, visualizada no plano coronal ponderado em T2.
- C) radial, visualizada no plano coronal ponderado em T2.
- D) central, visualizada no plano coronal ponderado em T1.

96. A estrutura anatômica assinalada na imagem a seguir corresponde ao músculo



Fonte: Arquivo CET.

- A) interósseo dorsal.
- B) adutor do polegar.
- C) interósseo palmar.
- D) abdutor do polegar.

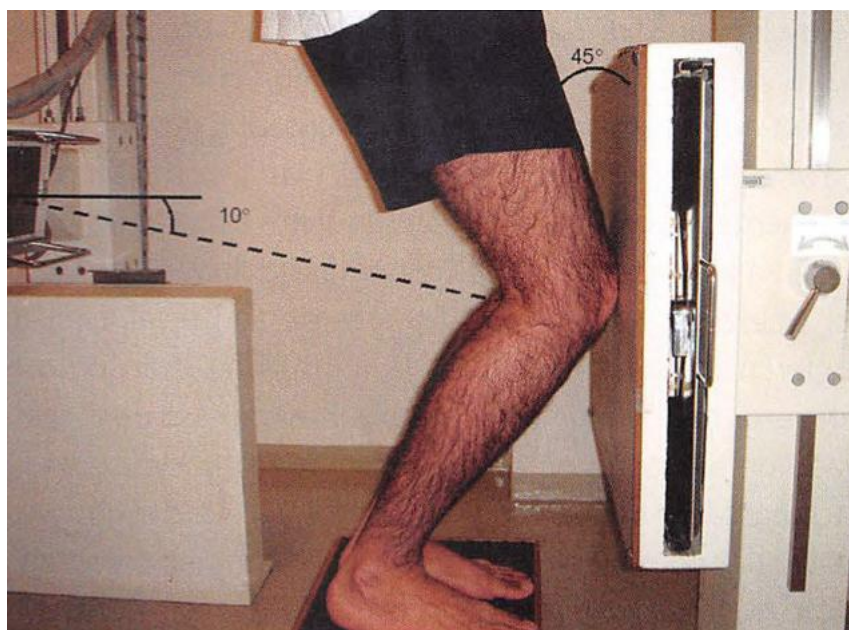
97. A estrutura anatômica assinalada na imagem a seguir corresponde ao



Fonte: Arquivo CET.

- A) *lacertus fibrosus*.
- B) ligamento de OSBORNE.
- C) ligamento de STRUTHERS.
- D) arco do flexor superficial.

98. Em relação à propedêutica por imagem do joelho, a imagem a seguir corresponde à incidência radiográfica de



Fonte: LEITE, N. M.; FALOPPA, F. **Propedêutica Ortopédica e Traumatológica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

- A) INSALL.
- B) MERCHANT.
- C) HUGHSTON.
- D) ROSENBERG.

99. Uma revisão sistemática tem seu nível de evidência ranqueado segundo

- A) a quantidade de metanálises analisadas.
- B) o grau de heterogeneidade da metanálise.
- C) a quantidade de estudos de coorte analisados.
- D) o nível de evidência dos estudos que a compõem.

100. Para a avaliação do grau de certeza da evidência em um estudo, utiliza-se a ferramenta

- A) GRADE.
- B) PRISMA.
- C) AMSTAR.
- D) CONSORT.

Número da Questão	Bibliografia	Capítulo
1	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	41
2	WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	18
3	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	10
4	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	5.2
5	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	36
6	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	1.1
7	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	52
8	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	2
9	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	6.1
10	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	48
11	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	25
12	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	3.4
13	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	25
14	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	27
15	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	27
16	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	24
17	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	24
18	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	8
19	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	36
20	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	37
21	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	2.26

22	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	12
23	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	48
24	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	15
25	BARROS FILHO, T. E. P.; LECH, O. Exame físico em ortopedia . 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2017.	10
26	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	1
27	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	15.3
28	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	60
29	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
30	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
31	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
32	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	3
33	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	1
34	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	6.1
35	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	7.4.4
36	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	4.9
37	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	49
38	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	7
39	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45
40	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45
41	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45
42	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45
43	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45
44	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45

45	WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	7
46	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	6
47	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	1
48	LEITE, N. M.; FALOPPA, F. Propedêutica Ortopédica e Traumatológica . 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.	20
49	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	1
50	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	12.2
51	WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	10
52	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
53	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	3
54	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	32
55	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	36
56	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	30
57	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	86
58	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	64
59	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	84
60	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	1
61	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	30
62	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	48
63	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	44
64	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	48
65	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	8
66	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	8

67	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	23
68	HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics . 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022.	18
69	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	75
70	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	73
71	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	2.19
72	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	2.19
73	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	2.19
74	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	66
75	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	43
76	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	62
77	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	55
78	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	45
79	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	50
80	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	13
81	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	41
82	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	40
83	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	36
84	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	40
85	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	41
86	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	11
87	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	1.1

88	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	49
89	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	39
90	AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics . 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.	42
91	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	4.1
92	MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia . 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.	12.3
93	WEINSTEIN, S. L.; FLYNN, J. M. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics . 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2021.	29
94	LEITE, N. M.; FALOPPA, F. Propedêutica Ortopédica e Traumatológica . 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.	38
95	LEITE, N. M.; FALOPPA, F. Propedêutica Ortopédica e Traumatológica . 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.	38
96	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
97	NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana . 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.	7
98	LEITE, N. M.; FALOPPA, F. Propedêutica Ortopédica e Traumatológica . 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.	40
99	TORNETTA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; McKEE, M. D.; OLIVERE B. J.; RIDDER, V. A. Rockwood and Green's Fractures in Adults . 10 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024.	8
100	HEBERT, S.K.; LECH, O. Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Práticas . Volume 2. 6 ed. Rio de Janeiro: DiLivros, 2025.	147