

A Importância dos Registos Clínicos e dos Relatórios Periciais na Medicina dos Seguros: Da Previsão à Provisão

The Importance of Clinical Records and Expert Reports in Insurance Medicine: From Prediction to Provision

Carlos Henrique Durão*¹

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Carlos Henrique Durão [drcarlosdurao@hotmail.com]

<https://orcid.org/0000-0003-4799-4842>

RESUMO

Este artigo tem por objetivo sensibilizar para o devido preenchimento dos registos médicos no processo clínico, discutindo as diversas repercussões médico-legais que estas informações representam não só na evolução clínica, como também na elaboração dos relatórios periciais e na documentação médico-legal pelo que esta representa em Tribunal, em sede de avaliação do Direito Penal, do Direito do Trabalho, do Direito Civil entre outros.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina Legal/legislação e jurisprudência; Registos Médicos; Seguros de Saúde.

ABSTRACT

This article aims to raise awareness about the proper completion of medical records in the clinical process, discussing the various medico-legal repercussions that this information represents not only in the clinical evolution, but also in the medical-legal documentation that it represents in Court when assessing the Criminal Law, Labor Law, Civil Law, among others.

KEYWORDS: Forensic Medicine/legislation & jurisprudence; Insurance, Health; Medical Records

INTRODUÇÃO

A provisão de um sinistro é o montante reservado por uma seguradora para cobrir os custos esperados relacionados com as reclamações de seguros que ainda não foram liquidadas. Em termos simples, é uma reserva financeira estabelecida para garantir que a segura-

dora tenha fundos adequados disponíveis para pagar as indemnizações devidas. Para que se possa aprovisionar um capital adequado para liquidar despesas não só decorrentes de um bom tratamento, mas também das eventuais indemnizações, é crucial que seja feita uma boa previsão da evolução das lesões e suas se-

1. Serviço de Ortopedia, Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira, Portugal. Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Lisboa, Portugal

Recebido/Received: 2024-06-09. Aceite/Accepted: 2024-08-02. Publicado online/Published online: 2024-09-11.

© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2024. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

quelas e para isso a documentação nos diários é fundamental, um registo clínico incompleto, para além das discussões médico legais que discutiremos, pode levar a falhas nas previsões de lesões e sequelas e consequentemente uma falha nas provisões, acarretando numa gestão menos eficiente de um processo de um sinistro. Este é justamente o objetivo deste trabalho, o de sensibilizar para a importância dos registos clínicos na medicina dos seguros e sua implicação médico-legal.

O processo clínico é constituído não apenas do registo médico onde se descreve a anamnese do doente, mas todo o acervo documental referente aos cuidados clínicos pertinentes a essa assistência. Embora possa ser um documento criado para uma finalidade médica, este é imbuído de grande valor médico-legal.

Consta do registo clínico toda e qualquer informação clínica resultante da interação de um utente com uma instituição de saúde, pública ou privada, no contexto de uma prestação de saúde. Fazem parte destes registos, os apontamentos médicos realizados por meio informático ou manuscrito, as prescrições terapêuticas, os relatos operatórios, os consentimentos informados, os exames complementares, os registos de enfermagem, nutrição, fisioterapia e até mesmo cópias de solicitação de resultados de exames complementares entre outros. São elementos importantes para o acompanhamento da evolução clínica, para fins estatísticos, para a memória de um serviço, mas também para a defesa do profissional, caso venha a ser responsabilizado por algum resultado indesejado ou atípico.^{1,2}

O processo clínico não deve ser subjugado a um elemento meramente burocrático para fins de contabilidade, de despesas hospitalares, estatística ou como um simples registo de um ato médico. Este é muito mais do que isso, é a principal peça de valor probatório fundamental nas contestações sobre eventuais irregularidades, litigâncias de possíveis complicações de natureza técnica, ética ou jurídica e que por vezes, acaba por ser lido não apenas por médicos, mas também pelos vários intervenientes do direito, pelo utente ou por seus familiares, mesmo e apesar de todo e qualquer regulamento geral de proteção de dados.

O processo clínico é sigiloso, o direito do doente à confidência, isto é, à preservação sigilosa dos factos relacionados com o seu tratamento, constitui um dos pilares de sustentação da profissão médica e é assegurado pela Constituição da República Portuguesa enquanto segredo que protege informações íntimas cuja revelação é suscetível de afetar a integridade da dignidade da pessoa.³ O sigilo médico representa um impor-

tantíssimo direito do doente e uma obrigação ética e deontológica do médico estando consagrado também no Estatuto da Ordem dos Médicos.

É também importante que de forma a assegurar a qualidade da continuidade dos tratamentos de um sinistro, como na sequência de um acidente de trabalho, o médico da seguradora possa ter acesso à informação que consta no processo clínico de forma a saber que cirurgias foram feitas, que implante foi utilizado, terapêutica administrada. Da mesma forma, que um médico numa função de *gatekeeper*, necessita de ter acesso ao processo clínico de um utente de forma a avaliar o nexo de causalidade de uma doença pré-existente com uma alegada lesão, como nos casos dos processos de responsabilidade civil, ou nos acidentes de viação ou mesmo numa avaliação médica onde se precisa avaliar o risco para um seguro de vida, para viabilizar um empréstimo bancário por exemplo. Fica claro então que este acesso ao processo clínico acaba por, de alguma forma, também ser do interesse do próprio utente, razão pela qual este deve aceitar e consentir no acesso à sua informação clínica.⁴

CUIDADOS E ELEMENTOS IMPORTANTES NO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO CLÍNICA

O registo médico é um elemento de notória importância clínica. Como saberemos se a evolução de um doente é favorável se não existem registos prévios para comparação? A fratura observada por um perito não tem a mesma perceção do ortopedista, que necessita de tratá-la, escolher qual a melhor conduta, que abordagem cirúrgica ou técnica operatória é a mais adequada. Ao perito compete compreender, analisar, comparar, observando muitas vezes apenas as sequelas resultantes da mesma lesão, que por vezes, com características muito díspares, para que diante de sua descrição e interpretação possa esclarecer à Justiça. O processo clínico é o elemento documental transversal entre o médico que atuou na vertente da curativa e o perito que faz a avaliação médico-legal.

Alexander Lacassagne, alertava que “os relatórios médicos são como os medicamentos, uns fazem bem, outros nem bem nem mal, mas alguns fazem muito mal”.⁵ Fazem mal aqueles relatórios que descrevem elementos que não correspondem a verdade, ou que omitem informações essenciais para uma conduta clínica ou uma apreciação forense. Apesar de ser uma matéria exaustivamente ensinada nas faculdades de medicina, a realização da história clínica completa vai perdendo espaço na prática médica, ofuscada pelo excesso de

burocracia e asfixiada pela falta de tempo nas consultas, com uma prática médica assoberbada de trabalho, que abrevia consultas e também a sua própria escrita. Procuramos enfatizar para alguns cuidados, como evitar erros de interpretação comuns quando utilizamos abreviações, que ou não são de domínio comum, ou podem apresentar diversas interpretações consoante a especialidade observada. O que vem a ser – “doente em uso de AINES no pós-operatório de MMI com evolução para IRA”? Cremos que a palavra AINES possa ser facilmente reconhecida como a abreviatura de anti-inflamatórios não esteroides por qualquer médico, porém dificilmente se reconhecerá MMI como meniscectomia do menisco interno, fora da especialidade de ortopedia, mas e a palavra IRA, será insuficiência respiratória aguda ou insuficiência renal aguda? Justamente por levar a uma interpretação dúbia, facilitando o erro ou gerando confusão, é que devemos evitar o uso das abreviaturas.

Outro ponto que favorece a falha na transmissão da informação é o constante uso da função “copiar/colar”, onde uma informação desatualizada ou desajustada acaba por ser perpetuada num processo clínico, sem que esta corresponda a atual situação clínica.

O diário clínico também não pode jamais servir de troca de recados e muito menos de insultos entre médicos ou outros profissionais envolvidos, uma vez que estas discussões, não só em nada acrescentam aos cuidados do doente, como não sendo este o meio mais adequado, podem configurar uma infração ético-profissional.

A IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS CLÍNICOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

É na urgência do hospital que se abre um penso, se faz a assepsia, sutura uma ferida. A vítima é despida, examinada, limpa, operada, medicada, ou seja, tratada consoante a gravidade da sua situação clínica. No entanto, também é preciso saber documentar aquilo que foi observado. É evidente que quem não sabe o que procura não interpreta o que acha. O médico deve ter a noção que na sequência deste atendimento vão surgir muitas questões médico-legais que podem nunca ser esclarecidas se não forem observadas e descritas naquele momento, como por exemplo, o próprio relato do acidente, que não raras vezes acaba por ser alterado de forma a enquadrar este episódio num outro contexto forjado posteriormente.⁶⁻¹⁰

A documentação fotográfica de uma ferida pode ajudar a identificar o instrumento de uma agressão. A re-

colha de um fragmento de tinta aderido às vestes de uma vítima pode ajudar a revelar o veículo que fugiu após um atropelamento.⁸ O cuidado com uma cadeia de custódia. A descrição de um estado de embriaguez. A atitude do doente, se permanecia, calmo ou agitado, orientado ou desorientado. Múltiplas equimoses ou fraturas atípicas em uma criança ou idoso poderão ser os elementos que vão revelar a inconsistência de uma história que esconde um caso de violência doméstica. A roupa que o doente vestia durante o atendimento de urgência, a bota que usava ou a luva que calçava, poderão fazer parte da farda de trabalho que denuncia um acidente de trabalho, sendo esta descrição importante para uma eventual averiguação que procure saber se, por exemplo, o sinistrado utilizava equipamentos de proteção individual, ou não.⁷

A IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS CLÍNICOS NOS ACIDENTES DE TRABALHO

Não paira qualquer dúvida que o maior objetivo de um médico que desenvolve atividade clínica no atendimento de um sinistrado, é buscar o melhor tratamento para a melhor e mais célere recuperação do sinistrado, permitindo assim o pleno e mais precoce retorno deste às suas atividades laborais. No entanto, o médico também deve ter a obrigação de conhecer algumas noções médico-legais que caracterizam um acidente de trabalho e que crescem algumas vicissitudes que tornam o atendimento de um sinistrado com algumas particularidades que diferem dos demais doentes. Como por exemplo o sentimento de vitimização por um acidente pelo qual o sinistrado não teve qualquer culpa, mas também casos de exagero em busca de maior ganho secundário ou mesmo casos de simulação ou dissimulação, além da litigância com a entidade patronal ou a seguradora, que tornam a consulta de sinistros muito desafiadora, exigindo do médico muito mais experiência para discernir cada caso com a total imparcialidade e isenção profissional.⁸

O acidente de trabalho é definido no artigo 8º da Lei n.º 98/2009 como: “é acidente de trabalho aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte. Nesta definição também se consideram acidentes de trabalho todos os sinistros que se produzam:

- No local e tempo de trabalho, entendendo-se “tempo de trabalho” como o período normal em que o

trabalhador desempenha as suas funções, o período anterior e posterior dedicado a atos de preparação ou outros com ele relacionados e as pausas ou interrupções forçadas do trabalho;

- No trajeto de ida e de regresso do trabalho;
- No desempenho de tarefas espontaneamente prestadas e das quais possa resultar benefício económico para o empregador;
- No local de trabalho e fora deste para exercer o direito de reunião ou na qualidade de representante dos trabalhadores;
- Durante a realização de ações de formação de âmbito profissional que decorram no local habitual de trabalho, ou fora deste, sempre que a frequência do curso seja autorizada pela entidade patronal;
- No local onde é realizado o pagamento do ordenado e durante o tempo que aí permanecer para o efeito;
- Nos estabelecimentos onde o trabalhador deva receber qualquer tipo de assistência ou cuidados médicos devido a acidente de trabalho anterior;
- Na execução de serviços atribuídos ou consentidos pelo empregador, mesmo que estes se verifiquem fora do local ou tempo de trabalho;
- Durante o período estipulado por lei de procura de novo emprego que abrange os trabalhadores cujo processo de cessação do contrato de trabalho esteja a decorrer.¹¹

Portanto, a descrição do relato do acidente pelo sinistrado durante o atendimento de urgência ou da primeira consulta pode ser o relato mais fidedigno de um mecanismo de ação da produção de uma lesão que pode permitir aceitar ou excluir um nexo de causalidade. Não se deve aceitar como acidente de trabalho uma doença simplesmente porque esta se manifestou durante a habitual atividade laboral de um doente, é preciso que para isto exista realmente um acidente, um episódio externo ao próprio doente, em regra, um evento extrínseco, súbito e traumático.

A observação dos seguintes critérios propostos por Muller e Cordonner, ainda são considerados como os grandes pressupostos da imputabilidade médica¹³⁻¹⁶ e devem ser observados pelo médico que realiza consultas de sinistralidade:

1. Natureza adequada do traumatismo para produziras lesões evidenciadas.
2. Certeza diagnóstica.
3. Exclusão da pré-existência do dano.

4. Adequação da região atingida e a sede da lesão.
5. Adequação temporal
6. Encadeamento anátomo-clínico, ou seja, a continuidade evolutiva.
7. Exclusão de causa estranha.

OBSERVAÇÃO DOS ASPETOS JURÍDICOS DA LEI DOS ACIDENTES DE TRABALHO

Algumas considerações jurídicas sobre a Lei n.º 98/2009 referente aos acidentes de trabalho dizem respeito diretamente aos boletins médicos e as obrigações legais que as seguradoras devem prestar ao informar as condições clínicas e as incapacidades resultantes dos acidentes de trabalho e que naturalmente depende da qualidade do atendimento e da descrição clínica disponível.¹¹

No artigo 35.º - Boletins de Exame e Alta

1. No começo do tratamento do sinistrado, o médico assistente emite um boletim de exame, em que descreve as doenças ou lesões que lhe encontrar e a sintomatologia apresentada com descrição pormenorizada das lesões referidas pelo mesmo como resultantes do acidente.
2. No final do tratamento do sinistrado, quer por este se encontrar curado ou em condições de trabalhar quer por qualquer outro motivo, o médico assistente emite um boletim de alta clínica, em que declare a causa da cessação do tratamento e o grau de incapacidade permanente ou temporária, bem como as razões justificativas das suas conclusões.
(...)

No artigo 90.º - Obrigações da Seguradora

1. A seguradora participa ao tribunal competente, por escrito, no prazo de oito dias a contar da alta clínica, o acidente de que tenha resultado incapacidade permanente e, imediatamente após o seu conhecimento, por correio eletrónico, telex ou outra via com o mesmo efeito de registo escrito de mensagens, o acidente de que tenha resultado a morte.
2. A participação por correio eletrónico, telex ou outra via com o mesmo efeito de registo de mensagens não dispensa a participação formal, que deve ser feita no prazo de oito dias contados do falecimento ou do seu conhecimento.
3. A seguradora participa ainda ao tribunal competente, por escrito, no prazo de oito dias a contar da sua

verificação, todos os casos de incapacidade temporária que, consecutiva ou conjuntamente, ultrapassem 12 meses.

CUIDADOS NA ABORDAGEM DURANTE A CONSULTA DE SINISTROS

O médico deve procurar receber o sinistrado de forma cordial, cumprimento-o, apresentando-se e explicando de forma simples e clara os objetivos da consulta de forma que este possa ser esclarecido dos problemas que apresenta. Deve procurar compreender as queixas apresentadas, buscando respeitar o sofrimento e as dificuldades da pessoa, sem emitir juízos de valor. É importante transmitir de forma concisa, o máximo de informação, como a lateralidade da lesão e se o sinistrado é destro ou canhoto por exemplo, pois como alertamos, estas informações também são importantes para o provisionamento do processo, uma vez que as indenizações destas sequelas podem variar consoante ao membro dominante do sinistrado.

O consentimento informado, livre e esclarecido deve ser obtido, para os procedimentos técnicos, mesmo que apenas oral, principalmente para fotografias (devendo nesse caso o consentimento ficar registado de alguma forma no processo clínico);

Citamos os principais elementos que devem ser observados e descritos nos diversos registos clínicos, sempre com a identificação de quem o escreve.

Na Consulta:

- Identificação e descrição da profissão
- Descrição do relato pelo sinistrado
- Hipótese de diagnóstico
- História da doença atual, o exame físico, descrição do lado dominante do doente/sinistrado (se é destro/esquerdino/ ambidestro)
- Antecedentes pessoais e familiares de relevo, como os sinistros anteriores
- Antecedentes cirúrgicos, alergias e outras reações adversas
- Medicação habitual
- Registo das informações dadas ao doente e/ou familiares
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, disponíveis
- Plano (tratamento instituído/estudo programado)
- Registo de pedido de consentimento informado

- Identificação do médico que efetuou o registo (nome e número de cédula)

No Internamento:

- Data e motivo do internamento
- História da doença atual
- Exame físico, documentação fotográfica
- Antecedentes pessoais, familiares e cirúrgicos relevantes
- Medicação habitual e alergias
- Plano terapêutico
- Consentimento informado
- Necessidade de apoio social após alta, previsão de ajuda de terceira pessoa.

No Diário Clínico:

- Data do internamento e de cada registo
- Avaliação geral de sinais e sintomas de acordo com o diagnóstico, estado clínico do doente, sinais e sintomas
- Informação dos resultados dos MCDT solicitados nesse dia e sua fundamentação
- Discriminação dos MCDT solicitados nesse dia e sua fundamentação
- Atitudes terapêuticas, dietéticas e de atividade física decididas, incluindo registo das prescrições
- Justificação para introdução de antibioterapia, qual e sua alteração ou suspensão
- Decisões de reuniões de serviço e/ou consultas multidisciplinares

No Relato Operatório:

- Data de realização, hora de início (entrada e saída no bloco)
- Constituição das equipas cirúrgicas, de anestesia e de enfermagem
- Diagnóstico pré-operatório
- Cirurgia proposta e efetuada, além do tipo de anestesia
- Descrição dos achados da exploração intraoperatória, das decisões tomadas, mormente se implicaram alteração à estratégia pré-operatória e dos tempos operatórios
- Enumeração e descrição de equipamentos, material e ou produtos utilizados e/ou descartados.
- Descrição de intercorrências ocorridas e soluções adotadas e ou necessidade de apoio de outras especialidades

- Registo de transfusões de sangue e plasma efetuadas
- Registo dos MCDT.
- Registo de pensos e drenos colocados e suas características

Na Nota de Alta:

- Data de admissão e da alta.
- Destino após a alta
- Diagnósticos
- Motivo de internamento
- Descrição do episódio de internamento, bem como quaisquer outros dados de seguimento necessários
- Indicação da terapêutica realizada em internamento
- Indicação do plano de continuidade de cuidados pós alta.
- Menção da existência ou não de infeção nosocomial e seu agente etiológico quando conhecido
- Registo de alergias conhecidas ou da sua ausência
- Diagnósticos médicos e procedimentos realizados
- Menção da existência de um ou mais dispositivo implantável no cidadão
- Menção da prescrição em internamento de produtos de apoio (ou ajudas técnicas)
- Indicação da gravidade e risco à admissão e transferência de e para unidades de cuidados intensivos

CUIDADOS NAS CONSULTAS DE AVALIAÇÃO DO DANO PESSOAL

Na medicina dos seguros também observamos uma forte componente pericial que como tal, nunca deve ser descurada dos princípios éticos e das boas práticas que devem pautar a perícia médica. Sempre que possível, o médico assistente não deve atuar como perito médico, evitando assim possíveis relações de conflitos de interesse. O perito médico deve observar o mecanismo de ação do traumatismo, bem como a vivência do trauma. Procurar compreender as questões psicológicas de um sinistro e ter em atenção o estudo tridimensional do dano, avaliando não apenas a lesão, mas também a sua função e situação. Buscar informação sobre as lesões resultantes, com base nos registos clínicos e/ou em exames complementares de diagnóstico, confrontar esta informação com os antecedentes patológicos e traumáticos (por exemplo, sinistros anteriores que são importantes para a multiplicidades de sequelas no cálculo da capacidade restante).

Realizar um exame físico atento, sistemático e objetivo, procurando se ajustar às normas e à linguagem pericial.

Este cuidado com as normas permite uma maior uniformização dos relatórios o que tende a diminuir contestações, facilitando um maior número de acordos e conciliações e evitando o arrastar de um processo em contencioso.

Outra questão que envolve muita discussão nos acidentes de trabalho é a atribuição de IPATH (incapacidade permanente para a atividade do trabalho habitual), não devendo ser esta decisão tomada sem um profundo estudo sobre as reais capacidades do sinistrado no seu posto de trabalho, pois muitas vezes aquela incapacidade existente não foi ultrapassada simplesmente pela falta de um maior esforço na readaptação laboral do sinistrado.

Ainda nos acidentes de trabalho, a aplicação do fator de bonificação 1,5 tem sido alvo de profunda discussão, uma vez que tem sido cada vez mais aceitável que a sua aplicação é apenas um entendimento jurídico e não pericial, o que tem justificado a sua não aplicação nos relatórios periciais em diversas empresas seguradoras.

Por último e não menos importante é a postura de isenção, promovendo assim a imagem do perito, que deve manter sua liberdade e autonomia em seu relatório, cujo conteúdo e conclusões, são da sua inteira responsabilidade, devendo ter sempre presente o dever da imparcialidade, e do respeito pelas questões éticas e legais inerentes à perícia médica.

ESTRUTURA DE UM RELATÓRIO PERICIAL

Embora os parâmetros da avaliação do dano pessoal possam variar consoante a sede do direito em causa, por exemplo, num acidente de trabalho o que esta a ser avaliado é essencialmente a perda da capacidade de ganho laboral, diferente de uma avaliação em sede do direito civil onde os danos patrimoniais e extrapatrimoniais também são avaliados, com a valoração de parâmetros como o *quantum doloris*, o dano estético, a repercussão na atividade sexual e nas atividades desportivas e de lazer onde estas merecem uma discussão diferente.¹⁵⁻¹⁷

Um relatório pericial deve obedecer a seguinte estrutura:

1. Informação

- a. História do evento
- b. Dados documentais
- c. Antecedentes

2. Estado atual

- a. Queixas
- b. Exame objetivo
- c. Exames complementares

3. Discussão

4. Conclusões médico-legais

No capítulo “Informação” o perito deve realizar a identificação do sinistrado, com a idade e a sua profissão, transcrever para a história do evento a descrição do evento, a participação do sinistro e as circunstâncias em que este ocorreu, procurando identificar a fonte desta informação. Deve respeitar uma ordem cronológica e ser conciso em sua transcrição sem perder o essencial. Nos dados documentais deve extrair os elementos clínicos fundamentais, os internamentos, as cirurgias e suas intercorrências de forma clara. Nos antecedentes, devem ser relatados os antecedentes patológicos, como as doenças pré-existentes e os eventos traumáticos, tendo atenção as multiplicidades e incapacidades permanentes parciais (IPP) anteriormente atribuídas.

No capítulo “Estado atual” devem figurar as queixas atuais do sinistrado, não apenas as queixas anatômicas, mas também as queixas psicológicas, situacionais e funcionais procurando demonstrar a avaliação tridimensional do dano. No exame objetivo deve ser descrito o estado geral do sinistrado, não esquecendo de avaliar para além do exame físico objetivo direcionado para as lesões e sequelas, outros elementos como a marcha e até mesmo o lado dominante, uma vez que este pode interferir no enquadramento sequelar na TNI, bem como outros achados que os médicos julgam ser relevantes para o processo. Os exames complementares devem constar de forma a fundamentar os achados clínicos e periciais observados, confirmando ou até excluindo lesões.

No capítulo da “discussão” o perito quando diante dos elementos que o assim permitem, deve se pronunciar sobre onexo de causalidade, fundamentando com os pressupostos acima já citados, procurar fixar uma data de cura ou consolidação médico-legal e discutir os parâmetros da avaliação do dano de acordo com o âmbito do direito em que a avaliação pericial se realiza. Finalmente, no capítulo das “conclusões” deve finalizar com as conclusões que podem ser afirmadas e sustentadas.¹⁵ Não cabe aqui juízo de valores ou mera opinião, deve ser uma conclusão sucinta e que transmita de forma clara e objetiva as respostas que motivaram a perícia, lembrando que nem sempre é possível se chegar a uma conclusão e quando for este o caso, é um dever de honestidade demonstrar as razões pelas quais uma perícia se encontra prejudicada ou se mostra inconclusiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos bem como outros profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades nas mais diversas áreas das empresas seguradoras muitas vezes sentem dificuldades em face da carência de artigos e publicações que procurem orientar e pautar algumas condutas na prática da medicina dos seguros, como por exemplo o que descrever e como elaborar os relatórios médico-legais na prática dos seguros, que condutas e cuidados devemos ter diante de uma consulta clínica de sinistros.

Este trabalho procura sensibilizar para os cuidados na documentação clínica, procurando evidenciar a informação essencial que deve constar para permitir a ponte que deve comunicar a medicina curativa com a medicina pericial, fomentando para a maior formação e publicação de trabalhos na área da medicina dos seguros, uma competência em expansão que aplica conhecimentos das diversas especialidades da medicina curativa, mas também da saúde pública, da medicina legal, da medicina do trabalho, preventiva e social ao mundo dos seguros privados.¹⁷

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

SUPORTE FINANCEIRO: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution grant or scholarship.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. França GV. Medicina Legal. 11ª ed. São Paulo: Ed Guanabara Koogan;2017.
2. Durão C, Barros A, Guerreiro R, Pedrosa F. "Death by a thread"--peritonitis due to visceral perforation by a guide wire, during proximal femur osteosynthesis with DHS: a fatal case and legal implications. *Forensic Sci Int.* 2015;249:e12-4. doi: 10.1016/j.forsciint.2015.01.040.
3. Diário da República n.º 53/2019, Série II de 2019-03-15.
4. Martinez PR, Brito JM. *Colectânea de Seguros.* 2ª ed. Coimbra: Almedina; 2021 .
5. Lacassagne A. *Précis de médecine judiciaire.* Paris; 1878.

6. Durão C, Pedrosa F. Medicina Legal no Serviço de Urgência. In: Corte Real F, Santos A, Cainé E, editores. Tratado de Medicinal Legal. Coimbra: PACTOR; 2022.
7. Durão C. Implicações forenses no Trauma – Atendimento ao Trauma Fundamentos, condutas e Avanços. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu; 2019.
8. Durão C, Lucas F. Simulação, dissimulação e exagero: desafios da perícia médica em ortopedia e traumatologia. Rev Bras Crimin. 2015;4:26-32.
9. Durão CH, Lucas F, Vieira DN. Aspectos forenses das lesões ortopédicas nos atropelamentos. Rev Port Ortop Traumatol. 2014;22.
10. Durão C. Interpretação das lesões ortopédicas dos ocupantes dos veículos na reconstrução forense dos acidentes de viação. Rev Port Ortop Traum. 2015;23: 298-309.
11. Lei 98/2009, de 4 de Setembro. Diário da República.
12. Vieira, DN. Corte Real, F. Nexo de causalidade em Avaliação do Dano Corporal in Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil, Biblioteca Seguros, 2008.
13. Durão C, Pinto R, Nuno D. O papel do ortopedista nos acidentes de trabalho. Rev Port Ortop Traumatol. 2012;20:295-302.
14. Magalhães T. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Trabalho. Rev Port Dano Corporal. 2010;19: 69-78.
15. Magalhães T. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Trabalho. Rev Port Dano Corporal. 2010;19: 53-61.
16. Magalhães T. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Trabalho. Rev Port Dano Corporal. 2010;19: 79-90.
17. Magalhães T, Vieira DN. Personal Injury Assessment. In: Ma-dea B, editor. Handbook of Forensic Medicine. Bonn: John Wiley & Sons; 2014. p. 1241-52