

A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO NA PERÍCIA MÉDICA

THE IMPORTANCE OF THE MEDICAL RECORD IN MEDICAL EXPERTISE

LA IMPORTANCIA DEL HISTORIAL MÉDICO EN LA PERICIA MÉDICA

Lucas José de Oliveira Cardoso¹

Guilherme Ferro da Rosa²

Constância Godoy Portas³

Marcela Marcatti Ventura de Camargo Millen⁴

Nicole Letelba Carvalho Ferreira⁵

Manuela Marcatti Ventura de Camargo Millen⁶

RESUMO: A crescente judicialização da saúde tem gerado insegurança profissional e potenciais prejuízos na qualidade dos serviços médicos, reflexo do temor de ações de erro médico com valores indenizatórios elevados. Neste contexto de aumento da responsabilidade civil contra médicos e hospitais, a condenação frequentemente não decorre de erro na prática clínica, mas da dificuldade em provar a conduta ética e técnica, devido à precariedade dos registros no prontuário médico. A ausência de documentação detalhada torna a defesa jurídica vulnerável. Este trabalho analisa o valor jurídico e técnico do prontuário médico como instrumento essencial de prova para combater condenações de erro médico e destacar seu papel fundamental na perícia judicial e na conclusão do julgador. A metodologia foi de natureza exploratória, aplicando o método dedutivo na análise de doutrinas, legislações federais e normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM). Para validar a teoria, foi realizado um estudo empírico de 14 julgados proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) em 2020, utilizando os descritores "prontuário" e "erro médico", buscando integrar os conceitos éticos e jurídicos e demonstrar a influência da documentação nas sentenças. A análise concluiu que o prontuário, além de ser uma peça multidisciplinar de acompanhamento clínico, é o documento mais relevante para a solução de litígios e a principal prova documental para a perícia indireta. Contudo, constatou-se que a falta de conhecimento ético e jurídico por parte dos profissionais de saúde é um fator crucial que contribui para a judicialização. Torna-se imperativo compreender o prontuário não apenas como um registro assistencial, mas como uma ferramenta de proteção jurídica inestimável. O zelo nos registros é o fator que tem profundo impacto sobre a interpretação de magistrados e peritos judiciais, sendo imprescindível para a correta diferenciação entre o erro médico culposo (imprudência, negligência ou imperícia) e o dano derivado de iatrogenia ou intercorrência médica.

Palavras-chave: Prontuário Médico. Erro Médico. Responsabilidade Civil. Perícia Médica. Judicialização da Saúde.

¹ Estudante de Medicina; Universidade de Vassouras.

² Estudante de Medicina; Universidade de Vassouras

³ Estudante de Medicina; Universidade de Vassouras.

⁴ Estudante de Medicina; Universidade de Vassouras.

⁵ Estudante de Medicina; Universidade de Vassouras.

⁶ Prof.^a Ms. Professora orientadora; Universidade de Vassouras.

ABSTRACT: The increasing judicialization of healthcare has generated professional insecurity and potential damage to the quality of medical services, reflecting the fear of medical malpractice lawsuits with high indemnity values. In this context of increased civil liability against doctors and hospitals, conviction frequently does not stem from an error in clinical practice itself, but from the difficulty in proving ethical and technical conduct due to the precariousness of medical record keeping. The absence of detailed documentation makes the legal defense vulnerable. This study analyzes the legal and technical value of the medical record as an essential instrument of proof to combat medical malpractice convictions and highlights its fundamental role in judicial expertise (medical examination) and in the judge's conclusion. The methodology adopted was exploratory in nature, applying the deductive method to the analysis of legal doctrines, federal legislation, and regulations of the Federal Council of Medicine (CFM). To validate the theory, an empirical study was conducted on 14 judgments issued by the Court of Justice of the State of Rio de Janeiro (TJRJ) in 2020, using the descriptors "medical record" and "medical error," seeking to integrate ethical and legal concepts and demonstrate the documentation's influence on judicial sentences. The analysis concluded that the medical record, besides being a multidisciplinary piece for clinical follow-up, is the most relevant document for dispute resolution and the primary documentary evidence for indirect expertise (based on records). However, it was also found that the lack of ethical and legal knowledge among healthcare professionals is a crucial factor contributing to judicialization. It becomes imperative to understand the medical record not merely as an assistance record, but as an invaluable legal protection tool. Diligence in record keeping is the factor that profoundly impacts the interpretation of magistrates and judicial experts, being essential for the correct differentiation between culpable medical error (imprudence, negligence, or incompetence) and harm derived from iatrogenesis or medical intercurrentence.

3410

Keywords: Medical Record. Medical Malpractice. Civil Liability. Medical Expertise. Judicialization of Healthcare.

RESUMEN: La sociología es una herramienta necesaria para comprender nuestra sociedad pluralista, y su enseñanza debe capacitar a los estudiantes para analizar los fenómenos sociales, descifrarlos, desnaturalizarlos y transformar su realidad. Este artículo examina los desafíos de la enseñanza de la sociología en la educación secundaria, considerando el comportamiento de los estudiantes de segundo año en el Instituto de Educación Isabel de Espanha en Viamão, Rio Grande do Sul, donde impartí las prácticas I y II. El desinterés de los estudiantes en los temas tratados y su dificultad para comprender los temas relacionados con el curso, en contraste con la relevancia de la materia, demostraron la necesidad de repensar la forma en que enseñamos ciencias sociales, adoptando metodologías que permitan a los estudiantes aprender verdaderamente. Si bien esta escuela fue el foco, el problema de la dificultad de los estudiantes para comprender los temas de sociología y para idear maneras de revertir esta situación es un tema de reflexión en otras instituciones y ha sido cuestionado por investigadores, quienes también se dedican a idear maneras de mejorar el aprendizaje en ciencias sociales. Ante este escenario, y basándonos en la teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel, investigamos hasta qué punto el uso de la música en las clases de Ciencias Sociales puede facilitar o contribuir al aprendizaje significativo en la educación secundaria. Este estudio incluyó una revisión bibliográfica, en particular de revistas, libros y artículos de ABECS disponibles en línea. También analizamos la biografía de la cantante Elza Soares y la canción "A Carne", demostrando que el uso de referencias a la vida, la obra y las letras de las canciones de la cantante puede contribuir a una comprensión más profunda del contenido del aula, llevando a los estudiantes a una experiencia de aprendizaje significativa, basada en el diálogo y no arbitraria.

Palabras clave: Historia Clínica. Mala Praxis Médica. Responsabilidad Civil. Pericia Médica. Judicialización de la Salud.

INTRODUÇÃO

O prontuário médico é um documento essencial que reúne informações sobre o estado de saúde do paciente, seus atendimentos e as condutas médicas adotadas. Além de sua função assistencial, ele possui grande relevância ética e legal, servindo como fonte de prova em processos judiciais e administrativos. A perícia médica, definida como o ato médico que tem por finalidade avaliar condições físicas ou psíquicas de um indivíduo para fins administrativos, trabalhistas ou judiciais, depende diretamente da qualidade e da completude das informações registradas no prontuário. Dessa forma, o prontuário representa um instrumento fundamental para a reconstrução dos fatos clínicos e para a emissão de pareceres técnicos imparciais e embasados (MILLEN, 2020). Em meio às questões que envolvem o direito médico, destaca-se a importância da documentação médica, especialmente o prontuário, como meio de prova nas demandas judiciais. A responsabilização civil dos profissionais da saúde constitui tema de grande relevância na medicina brasileira, uma vez que, seja por dolo, culpa ou mesmo por um atuar necessário e correto, tais profissionais podem causar danos morais, materiais ou estéticos aos seus pacientes, podendo, em casos mais graves, resultar até mesmo em óbito. Nesse contexto, o prontuário médico se torna peça central, pois documenta de maneira fidedigna o agir profissional e permite ao perito e ao julgador compreender com precisão as circunstâncias dos fatos clínicos (MILLEN, 2020). O prontuário médico, quando elaborado de forma completa, clara e fidedigna, constitui a base objetiva para a análise técnica do perito, permitindo a reconstituição dos fatos clínicos e a correta interpretação das condutas adotadas. Além disso, assegura respaldo ético e jurídico tanto ao médico assistente quanto ao paciente, fortalecendo a transparência e a credibilidade do processo pericial. Assim, a prática de manter a documentação do paciente completa e segura não é apenas uma exigência do Código de Ética Médica, mas também um importante instrumento de defesa e comprovação da boa prática profissional em processos de erro médico (MILLEN, 2020). Este estudo tem como finalidade analisar a importância do prontuário médico como instrumento de apoio à perícia médica e como meio de prova na responsabilização civil do médico, destacando seu papel na produção de provas técnicas, na reconstituição de fatos clínicos e na promoção da justiça nas esferas administrativa e judicial. Busca-se evidenciar como a qualidade e a completude das anotações médicas influenciam diretamente a precisão e a imparcialidade dos pareceres periciais, reforçando a necessidade de registros éticos, claros e bem estruturados na prática médica. O trabalho também se justifica diante do aumento expressivo de demandas judiciais relacionadas à responsabilidade civil médica. Pesquisa do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) identificou que o setor da saúde foi responsável por 498.715 processos de primeira instância distribuídos em 17 tribunais de justiça estaduais, e 277.411 processos de segunda instância em 15 tribunais estaduais, demonstrando a relevância do tema e a necessidade de aprimoramento dos conhecimentos médico-legais tanto por parte dos profissionais da saúde quanto pelos operadores do direito.

3411

METODOLOGIA

A metodologia deste estudo foi elaborada com o propósito de garantir rigor científico na análise da importância do prontuário médico como instrumento de apoio à perícia médica e como meio de prova nos processos de responsabilização civil do médico. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo e exploratório, voltada à análise conceitual e interpretativa de

documentos normativos e jurídicos relacionados à prática médica e às implicações ético-legais dos registros clínicos. O objeto de estudo compreendeu as referências teóricas e normativas pertinentes ao tema, incluindo doutrinas jurídicas, legislações federais, normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e 14 julgados proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ). A pesquisa jurisprudencial foi conduzida na página oficial do referido tribunal, utilizando-se as palavras-chave “erro médico” e “prontuário”, com recorte temporal correspondente aos acórdãos disponibilizados no ano de 2020. A coleta e a análise dos dados foram realizadas de forma documental e descritiva, mediante leitura crítica e sistematização das informações extraídas das fontes jurídicas e médicas. A análise foi conduzida sob uma abordagem interdisciplinar, que buscou integrar os aspectos éticos, técnicos e legais do prontuário médico. Nesse processo, contou-se com a colaboração da professora Manuela Marcati, cuja orientação contribuiu para o diálogo entre as perspectivas do Direito Médico e da Medicina Legal. Os procedimentos de análise consistiram na identificação de padrões, conceitos e fundamentos jurídicos e médicos que evidenciam a relevância do prontuário como meio de prova e instrumento pericial. Foram examinadas as correlações entre a qualidade dos registros médicos, a atuação pericial e as decisões judiciais em casos de alegado erro médico. Do ponto de vista ético, o estudo respeitou os princípios de integridade científica e responsabilidade acadêmica, limitando-se à análise de dados de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos ou informações sigilosas. Dessa forma, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as normas vigentes do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS nº 510/2016).

3412

RESULTADOS

Para um melhor entendimento sobre o trabalho, uma abordagem tanto das definições gerais da área médica quanto das específicas encontradas ao longo do estudo, mais voltadas à área jurídica, revela-se essencial para aprofundar a compreensão sobre a importância do prontuário médico na perícia médica. As definições gerais, como as de prontuário, perícia e responsabilidade profissional (além das infracitadas), fornecem o alicerce teórico necessário para contextualizar o tema dentro dos campos médico e jurídico, permitindo ao leitor compreender os princípios que regem a atuação ética e técnica do médico e do perito. Já as definições específicas, extraídas de legislações federais, normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e doutrinas reconhecidas, oferecem uma visão detalhada e aplicada desses conceitos, elucidando como eles se expressam na prática profissional e influenciam diretamente a condução dos atos médicos e das avaliações periciais. Além disso, torna-se igualmente relevante compreender as definições de órgãos públicos e códigos legais, como o Código Civil, o Código de Defesa do Consumidor e o Código de Ética Médica, pois esses instrumentos normativos estabelecem as bases legais e éticas que norteiam a responsabilidade do médico, os direitos do paciente e os parâmetros de conduta profissional. Essa integração entre os aspectos médicos e jurídicos, somada ao entendimento das estruturas institucionais e legais, confere ao trabalho maior rigor científico e clareza argumentativa, ao mesmo tempo em que evita interpretações equivocadas e reforça a importância da padronização conceitual. Assim, o estudo consolida-se como uma análise abrangente e fundamentada, essencial para interpretar

corretamente o prontuário médico como instrumento de prova e de respaldo técnico, bem como para compreender o papel da perícia médica na promoção da justiça e na proteção de uma prática médica ética, segura e responsável. Nesse sentido, traz-se algumas definições importantes:

- **Prontuário Médico:** O prontuário médico é definido como o documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada, possuindo caráter legal, sigiloso e científico. Esse instrumento é essencial para garantir a continuidade do cuidado, a comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional e a rastreabilidade das condutas médicas. Além de seu valor assistencial, o prontuário representa um elemento ético e jurídico de grande relevância, servindo como prova documental em situações que envolvem a responsabilidade profissional (MILLEN, 2020).

- **Perícia Médica:** a perícia médica é definida como o ato médico que tem por finalidade avaliar as condições físicas, psíquicas, funcionais e laboratoriais de um indivíduo, com o objetivo de subsidiar decisões de natureza administrativa, previdenciária, trabalhista, securitária ou judicial. Trata-se de um procedimento técnico e imparcial, cujo objetivo não é assistencial, mas sim avaliativo, fundamentado em critérios científicos e na análise objetiva dos fatos (MILLEN, 2020).

- **Erro médico:** pode ser compreendido como uma falha na conduta profissional que resulta em dano à saúde do paciente, sem que haja intenção de causá-lo. Trata-se de uma ação ou omissão inadequada, durante o exercício da medicina, que foge dos padrões técnicos esperados e acarreta prejuízo físico, funcional ou psicológico ao paciente (TEIXEIRA et al., 2000; GOMES; DRUMOND; FRANÇA, 2001). Para que o erro seja caracterizado, é necessário o estabelecimento de um nexo causal entre a conduta médica e o dano, e que este decorra de uma das três formas clássicas de culpa médica: imprudência, negligência ou imperícia (MILLEN, 2020).

- **Imprudência médica:** refere-se à atuação precipitada, sem a devida cautela que a situação clínica exige. Ocorre quando o profissional, mesmo ciente dos riscos, age de forma intempestiva, insensata ou desnecessariamente arriscada. Em termos práticos, a imprudência é uma conduta comissiva, ou seja, o médico age quando deveria ter esperado ou procedido com mais cuidado. Exemplos incluem conceder alta hospitalar precoce, realizar um procedimento cirúrgico sem equipe mínima ou adotar condutas invasivas sem a devida indicação (MILLEN, 2020).

- **Negligência médica:** por sua vez, caracteriza-se pela omissão de um dever de cuidado, pela inércia ou falta de atenção diante de uma necessidade clínica evidente. Representa uma falha na vigilância, acompanhamento ou execução de uma conduta esperada. Ocorre, por exemplo, quando o médico deixa de realizar um exame essencial, atrasa um encaminhamento necessário ou abandona o acompanhamento de um paciente em risco. É, portanto, uma conduta omissiva, marcada pela ausência de zelo, precaução ou diligência (MILLEN, 2020).

- **Imperícia médica:** decorre da falta de habilidade técnica ou de conhecimento científico necessário para a prática de determinado ato médico. Ocorre quando o profissional executa uma atividade para a qual não possui preparo técnico suficiente ou quando aplica incorretamente

técnicas consagradas pela literatura médica. Trata-se, portanto, de uma deficiência de aptidão ou atualização profissional, podendo surgir tanto da formação insuficiente quanto da falta de atualização científica. Um exemplo seria o cirurgião que realiza um procedimento fora de sua área de domínio e causa lesão iatrogênica por desconhecimento anatômico (MILLEN, 2020).

- **Iatrogenia médica:** a iatrogenia médica corresponde ao dano decorrente de um ato médico correto, realizado conforme os preceitos técnicos e científicos, mas que resulta em prejuízo ao paciente. Trata-se de um evento inerente à prática médica e não de um erro, pois não há imperícia, imprudência ou negligência. Ripú (1981) define-a como um “dano inculpável consequente de uma aplicação terapêutica isenta de responsabilidade profissional”. Maldonado (2002) complementa que ela representa a “imperfeição do conhecimento científico, escudada na falibilidade médica”. Assim, quando o médico age com perícia e prudência, e o dano é previsível ou inevitável, ele é considerado uma consequência iatrogênica e não um erro médico (MILLEN, 2020).

- **Intercorrência médica:** a intercorrência médica é uma complicação inesperada que ocorre durante a execução de um ato médico, mesmo que todas as condutas tenham seguido os protocolos adequados. O evento é determinado pela resposta individual do paciente, e não por falha técnica, podendo envolver infecções, reações adversas ou descobertas anatômicas imprevistas. A jurisprudência reconhece que tais ocorrências não configuram erro médico quando o profissional atua dentro dos padrões éticos e científicos. Barros Júnior (2011) ressalta que “nem todo desfecho ruim decorre de erro médico”, sendo essencial distinguir complicações inevitáveis de falhas técnicas (MILLEN, 2020).

- **Responsabilidade civil do médico:** acontece quando há um dano ao paciente causado por negligência, imprudência ou imperícia. Ou seja, o médico só responde se ficar comprovado que agiu com erro de conduta, e não apenas porque o tratamento não deu certo. Em geral, o médico tem uma obrigação de meio, o que significa que ele deve empregar todos os conhecimentos e recursos disponíveis para cuidar do paciente, mas sem garantir a cura. Essa responsabilidade normalmente surge da relação médico-paciente, mas também pode ocorrer em atendimentos de emergência ou no serviço público. Para se defender, o profissional precisa demonstrar que atuou de forma ética, cuidadosa e dentro das boas práticas médicas (MILLEN, 2020).

- **Prontuário médico:** documento único, legal, sigiloso e científico, composto por informações, sinais e imagens que registram a história clínica do paciente e a assistência prestada. O prontuário é obrigatório e deve ser elaborado de forma individual, cronológica, completa e legível, conforme determina o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018). A anamnese, o exame físico, as hipóteses diagnósticas, a conduta terapêutica e a evolução clínica são elementos fundamentais que devem constar no prontuário (CFM, Resolução nº 1.638/2002).

- **Prognóstico:** consiste na avaliação médica que busca prever a provável evolução de uma doença, agravo ou condição clínica, levando em conta o diagnóstico estabelecido, as características individuais do paciente, os fatores de risco e a resposta esperada ao tratamento. Trata-se, portanto, de uma previsão fundamentada em conhecimento científico sobre o curso

natural da enfermidade e as possibilidades terapêuticas disponíveis. O Conselho Federal de Medicina reconhece o prognóstico como ato médico privativo, sendo o médico o profissional legalmente habilitado a emitir juízo técnico sobre a evolução e o desfecho provável de um quadro clínico (DORLAND, 2020; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2022).

- **Tutela Antecipada:** é a decisão urgente de um juiz que permite a uma pessoa usufruir de um direito imediatamente, antes do fim do processo. É um "adiantamento" do resultado final concedido para evitar um prejuízo grave e irreversível causado pela demora da justiça. Para ser deferida, a medida exige a comprovação de que o direito é provável e que existe um risco de dano iminente (CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, art. 300).

- **Teoria da Perda de Uma Chance:** a teoria da perda de uma chance configura-se como instituto da responsabilidade civil que admite a reparação não do dano final propriamente dito, mas da frustração de uma oportunidade concreta e séria de obter um benefício ou evitar um prejuízo, em razão de ato ilícito ou omissivo que reduziu ou eliminou essa probabilidade.

- **Termo de consentimento informado:** o documento no qual o paciente manifesta, de forma livre e esclarecida, sua concordância com a realização de determinado procedimento médico, diagnóstico ou terapêutico, após ter recebido todas as informações relevantes sobre os riscos, benefícios, alternativas e possíveis consequências da intervenção proposta. Esse termo é uma expressão do princípio da autonomia do paciente e constitui exigência ética e legal prevista pelo Conselho Federal de Medicina, que determina ser dever do médico garantir que o paciente compreenda adequadamente as informações fornecidas e consinta de forma consciente e voluntária (Resolução CFM nº 2.217/2018 – Código de Ética Médica).

3415

- **Código Civil Brasileiro:** instituído pela Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, é o conjunto de normas que regula as relações jurídicas entre as pessoas físicas e jurídicas no âmbito do direito privado. Ele disciplina temas como obrigações, contratos, responsabilidade civil, bens, sucessões e direitos da personalidade. No contexto médico, o Código Civil é fundamental por tratar da responsabilidade civil do profissional de saúde, especialmente nos casos em que há dano decorrente de sua atuação, exigindo a comprovação de culpa (negligência, imprudência ou imperícia) para caracterizar o dever de indenizar (colocar o da Manu)

- **Código de Defesa do Consumidor (CDC):** instituído pela Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, tem como objetivo proteger os direitos dos consumidores nas relações de consumo. No campo da medicina, o CDC é aplicado quando há uma relação de prestação de serviços médicos, especialmente em atendimentos realizados por instituições privadas de saúde. Ele estabelece que o médico, enquanto prestador de serviço, responde de forma subjetiva por eventuais danos, devendo haver prova de culpa, conforme o §4º do art. 14 do Código (colocar o da manu)

- **Código de Ética Médica:** editado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução CFM nº 2.217/2018, regulamenta a conduta ética do profissional médico no exercício da profissão. Ele define direitos, deveres e proibições, com base nos princípios da beneficência, autonomia, justiça e não maleficência. O CEM tem como finalidade assegurar que a prática médica seja realizada de forma ética, responsável e em respeito à dignidade humana,

servindo também de referência para julgamentos éticos e periciais realizados pelos Conselhos de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

- **Guarda do prontuário:** de quem é ele, definição de autos

- **Autora do processo:** autora é a pessoa que, titular de um direito em debate, exerce o direito de ação ao apresentar uma demanda perante o Poder Judiciário, dando início ao processo. De acordo com o Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/2015), considera-se autora a parte que formula a pretensão a ser analisada pelo Estado-juiz, instaurando a relação processual (BRASIL, 2015).

Tendo em vista as definições previamente estabelecidas, torna-se possível proceder a uma análise mais aprofundada dos processos periciais e compreender, sob uma perspectiva técnica e contextualizada, a relevância do prontuário médico enquanto instrumento central na perícia médica. A partir dessa base conceitual, o presente estudo avança para a avaliação prática dos casos analisados, enfatizando o papel do prontuário do paciente como meio de prova nas ações de responsabilidade civil do profissional da medicina. Essa etapa permite articular os fundamentos teóricos e normativos às situações concretas, demonstrando a importância documental, ética e jurídica do prontuário no exercício médico-pericial (MILLEN, 2020). No contexto jurídico brasileiro, diferentemente de países como a Alemanha — que em 2013 promulgou a *Lei de Melhoria dos Direitos dos Pacientes* (*Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*), inserindo no Código Civil germânico a figura do “contrato de tratamento” —, ainda não existe legislação específica que regule de forma detalhada a relação médico-paciente. No Brasil, as relações jurídicas no campo da saúde são regidas, de forma complementar, pelo Código Civil, pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo Código de Ética Médica, além de resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), jurisprudências e normas administrativas que norteiam a atuação de magistrados, advogados e profissionais da saúde (MILLEN, 2020). Tanto a legislação nacional quanto a internacional reconhecem a documentação médica como elemento probatório essencial em demandas judiciais relacionadas a erro médico. A reparação de danos, sejam eles morais ou materiais, decorre da apuração judicial pautada nas provas produzidas pelas partes, cabendo ao magistrado identificar o nexo causal entre o ato médico e o dano alegado. Nesse cenário, o prontuário médico assume papel fundamental, pois reúne dados clínicos e registros que permitem avaliar a conduta técnica do profissional e assegurar a continuidade e a segurança assistencial. Trata-se, portanto, de uma fonte legítima e incontestável de evidências, capaz de sustentar a defesa médica mediante a demonstração da boa prática ou justificar intercorrências clínicas inevitáveis (MILLEN, 2020). Com base nesses pressupostos, este estudo analisou a influência da existência, ausência ou inadequação do prontuário médico nos processos judiciais referentes ao erro médico. A pesquisa foi realizada no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ), utilizando-se os descritores “Erro Médico” e “Prontuário Médico” em julgados de segunda instância proferidos no ano de 2020. Foram identificadas 15 decisões, das quais 14 corresponderam a recursos de apelação e 1 a agravo de instrumento. Considerando que o agravo não possui caráter resolutivo, apenas as apelações foram incluídas na análise, em conformidade com a Súmula 7 do STJ, que dispõe: “A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial” (MILLEN, 2020). Dos 14 julgados analisados, em 13 o prontuário foi apresentado ou requerido como prova

documental, confirmando sua relevância no julgamento das ações de erro médico. Apenas um caso manteve-se sob sigilo profissional, conforme prevê o art. 89, §2º, do Código de Ética Médica, que estabelece que, ao apresentar o prontuário em sua defesa, o médico deve requerer a observância do sigilo. Verificou-se, assim, que a presença ou ausência do prontuário é fator determinante para o desfecho das demandas, consolidando-o como documento indispensável para a análise técnico-pericial e a formação do convencimento judicial (MILLEN, 2020). A seguir, apresentam-se os casos concretos analisados, acompanhados de suas respectivas sínteses e observações, de modo a demonstrar, sob perspectiva empírica e fundamentada, o papel do prontuário médico enquanto meio de prova e elemento central nas decisões judiciais sobre responsabilidade civil médica (MILLEN, 2020).

Apelação cível 1 (Apelação número 0010589-90.2017.8.19.0021)

Caso clínico 1 - Idosa com Pneumonia Comunitária e Complicações Respiratórias: suposto erro médico e solicitação de prontuário:

Do ponto de vista do direito: Trata-se de ação de obrigação de fazer cumulada com pedido indenizatório, na qual se alegou erro médico. A paciente, idosa, foi conduzida à clínica após ingerir dose superior à prescrita de medicamento utilizado para controle da pressão arterial. Após a realização de exames laboratoriais e de radiografia de tórax, constatou-se suspeita de infecção pulmonar. Sustentou-se que o tratamento e a medicação administrados pela instituição teriam sido equivocados, ocasionando danos e sofrimento à paciente, que posteriormente foi transferida para outro hospital. Foi deferida tutela antecipada determinando que a clínica fornecesse o prontuário médico e os exames realizados. O laudo pericial atestou a correção dos procedimentos adotados, concluindo que as condutas médicas foram adequadas ao quadro clínico apresentado. A sentença foi de parcial procedência, apenas para confirmar a tutela antecipada deferida, julgando improcedente o pedido de indenização por danos morais. A autora recorreu, alegando ter sofrido dano moral em razão da resistência da instituição em fornecer o prontuário médico. Constatou-se, entretanto, que a ação foi ajuizada no dia seguinte ao pedido formalizado pelo filho da paciente junto à casa de saúde, e que a demora verificada decorreu de trâmites burocráticos normais, incapazes de gerar abalo moral. Entendeu-se que a situação não ultrapassou o mero aborrecimento cotidiano, sendo insuficiente para repercutir de forma significativa na esfera subjetiva da paciente. Dessa forma, o tribunal concluiu que a demora na entrega do prontuário não configurou dano moral indenizável, visto tratar-se de inconveniente comum em procedimentos administrativos. A sanção pelo eventual descumprimento da ordem judicial limita-se à multa cominatória estabelecida na decisão que antecipou os efeitos da tutela, e não à indenização por danos morais. O recurso foi, portanto, desprovido.

Do ponto de vista da medicina pericial:

#Identificação: Paciente do sexo feminino, idosa, tabagista de longa data.

#Histórico e Queixa Principal: A paciente procurou atendimento na *Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima* em 21/02/2017, apresentando queda do estado geral, astenia e prostração.

Relatava histórico de tabagismo crônico.

#Exame Clínico e Complementar na Admissão: O exame físico revelou estertores em base pulmonar direita, compatíveis com processo infeccioso. O leucograma mostrava leve leucocitose. Diante do quadro e da condição clínica frágil da paciente, foi indicada internação

em CTI com hipótese diagnóstica de Pneumonia Comunitária. #Evolução Hospitalar: No CTI, iniciou-se antibioticoterapia venosa. A tomografia de tórax revelou atelectasia em base pulmonar direita e fraturas de arcos costais à esquerda. Ainda no dia 21/02, apresentou elevação da pressão arterial e hipercalemia (potássio elevado). Dia 22/02/2017, manteve-se clinicamente estável durante o dia, porém apresentou episódio de desorientação aguda à noite. Dia 23/02/2017, devido à persistência da confusão mental, foi solicitada tomografia de crânio. Durante o plantão diurno, manteve quadro de desorientação, sendo administrado Haldol® às 19h para controle da agitação. Dia 24/02/2017, a paciente permaneceu agitada, com hipótese de Delirium e pressão arterial persistentemente elevada. Às 17h, evoluiu com broncoespasmo severo, sem resposta à ventilação não invasiva (VNI) e à nebulização, sendo necessária intubação orotraqueal. Dia 26/02/2017, às 21h20, a paciente foi transferida para o Hospital Ordem Terceira, com indicação de realização de broncoscopia para melhor avaliação e manejo do quadro respiratório. #Conclusão Pericial: O perito médico concluiu que as condutas adotadas foram compatíveis com o quadro clínico apresentado e adequadas às boas práticas médicas, considerando a gravidade do caso e a evolução da paciente.

Apelação cível 2 (Apelação número 0002915-55.2017.8.19.0023)
Caso clínico 2 - Recurso judicial em um processo de perda de prontuário médico referente ao momento do parto.

Do ponto de vista do direito: Trata-se de um caso de um nascido no Hospital M. D. L. J. acometido de encefalopatia crônica por hipóxia neonatal, associada a hiperplasia brânquio-crural à esquerda e distúrbio convulsivo, em razão de suposto erro médico. Na petição inicial, afirmou-se que o hospital se recusou a entregar o prontuário médico, mesmo após o ajuizamento de uma ação cautelar. Em cumprimento ao mandado de busca e apreensão, o oficial de justiça relatou que, apesar de várias tentativas, a administração hospitalar informou não ter localizado o prontuário. Nesse caso, a guarda do prontuário é de responsabilidade do hospital, mas sua propriedade é do paciente. Assim, ao declarar a perda do prontuário, a instituição cometeu falta ética, em desacordo com o art. 87, § 2º do Código de Ética Médica, que determina que o prontuário deve permanecer sob a guarda da instituição que assiste o paciente. A autora ingressou com ação de indenização por danos morais, fundamentada na teoria da perda de uma chance, alegando que a ausência do prontuário a impediu de propor ação por erro médico. Em contestação, o hospital sustentou que o direito de ação da autora não foi impedido, pois foram entregues a declaração de nascido vivo e os documentos de internação e alta, que integram o prontuário e poderiam servir como prova. Assim, argumentou que não houve perda de uma chance real, pedindo a improcedência total dos pedidos. O Ministério Público também opinou pela improcedência. O Grupo de Sentenças julgou a ação improcedente, destacando que a teoria da perda de uma chance somente se aplica quando há probabilidade concreta de obtenção de vantagem, o que não se verificou no caso, já que a autora nem chegou a ajuizar ação por erro médico. Analisando os autos, constatou-se que o hospital, de fato, entregou alguns documentos, como a declaração de nascido vivo e registros de internação e alta, que compõem o prontuário médico. Assim, a autora poderia ter proposto a ação de indenização com base nesses documentos, mas não o fez. Os autores interpuseram recurso de apelação, e o Tribunal anulou

a sentença, reconhecendo a incompetência do Grupo de Sentenças para julgar o caso. Com a anulação, novo julgamento deverá ocorrer, podendo ser adotado entendimento diverso. Dessa forma, verifica-se que o caso 02 não se trata de ação cautelar de busca e apreensão do prontuário nem de ação direta por erro médico, mas sim de ação de indenização por dano moral baseada na perda de uma chance, cujo pedido foi julgado improcedente em 1ª instância e anulado em 2ª instância. O recurso interposto foi negado, e o processo segue em andamento, ainda sem julgamento do mérito, até a data de encerramento da pesquisa. Do ponto de vista da medicina pericial: Impossível haver uma avaliação pelo médico perito devido a ausência do prontuário médico completo (anamnese, exame físico, exames laboratoriais ou de imagem) referente ao momento do parto. #Conclusão pericial: Não houve avaliação pelo médico perito.

Apelação **cível** **3** (**Apelação** **número** **0175384-08.2019.8.19.0001**)
Caso clínico 3 - Óbito infantil por imperícia
Do ponto de vista do direito:

Aspectos médico-legais: A mãe ajuizou ação de responsabilidade civil por danos morais, alegando erro médico durante o atendimento inicial na UPA, em razão do excesso de dose da medicação analgésica, que teria provocado a parada cardiorrespiratória e as sequelas neurológicas subsequentes. O prontuário médico, com 630 páginas provenientes da UPA e do hospital, foi juntado pela autora, servindo como principal prova documental do processo. O município, em sua defesa, não apresentou documentos adicionais, tampouco solicitou perícia médica indireta. Durante o julgamento houve o reconhecimento de que a documentação apresentada demonstra nexos causal entre a conduta médica (excesso de morfina) e o dano final (óbito do menor), levando a condenação do município. Do ponto de vista da medicina pericial:

#Identificação: D.F.B., paciente do sexo masculino, com 1 ano e 2 meses de idade.
#Histórico do caso: O paciente foi levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Madureira, administrada pelo município, após acidente doméstico com óleo de cozinha quente, que causou queimaduras de 1º e 2º grau em face, cabeça e pescoço. Durante o atendimento de urgência, foi administrado analgésico potente (morfina) em dose superior à recomendada, segundo alegação da mãe. Minutos após a medicação, o menor apresentou parada cardiorrespiratória, sendo reanimado pela equipe local. Após estabilização inicial, o paciente foi transferido para o Hospital Central do Exército, onde permaneceu internado por vários meses. Evoluiu com encefalopatia crônica progressiva, diagnosticada como paralisia cerebral secundária à asfixia aguda decorrente da parada cardiorrespiratória relacionada ao evento inicial. Durante o período de internação e acompanhamento, o quadro clínico incluiu: Tetraparesia espástica; Epilepsia de difícil controle; Dependência de traqueostomia em ar ambiente; Alimentação por gastrostomia.
#Desfecho: o paciente veio a óbito em 04 de março de 2018, aos dois anos de idade.
#Conclusão pericial: O médico concluiu que a administração de morfina em dose superior à recomendada foi determinante para a parada cardiorrespiratória e para a subsequente encefalopatia hipóxico-isquêmica, estabelecendo nexos causal entre a conduta adotada na UPA e o desfecho final. A análise documental evidenciou que o quadro clínico evolutivo do menor é

compatível com as consequências fisiopatológicas do evento agudo inicial, permitindo afirmar que o atendimento prestado não seguiu as boas práticas médicas esperadas para a faixa etária e condição apresentada.

Apelação **cível** **4** **(Apelação** **número** **0207863-59.2016.8.19.0001)**
Caso **clínico** **4** **-** **negligência**

Do ponto de vista do direito: O autor ingressou com ação pleiteando indenização por danos morais após sofrer a remoção do testículo esquerdo, alegando erro médico. Ele relatou que sofreu uma lesão durante a prática de judô e, sentindo intensa dor testicular, procurou atendimento de emergência no Hospital de Laranjeiras por volta de 22h30. A médica plantonista levantou a suspeita de torção testicular e informou a necessidade de exame de imagem; porém, o ultrassom não pôde ser realizado naquele momento devido à ausência de profissionais habilitados para operar o equipamento. Por orientação da própria médica, o autor deixou o hospital e buscou, na manhã seguinte, atendimento no C.I.P.M., onde realizou uma ultrassonografia que não identificou torção e resultou apenas em prescrição analgésica. No dia seguinte, o autor retornou ao Hospital de Laranjeiras, quando foi constatada a necrose do testículo esquerdo, exigindo cirurgia de emergência para remoção do órgão. Para comprovar sua versão, ele apresentou exames de imagem, receituários e atestados médicos. O hospital, em defesa, alegou que o autor teria se evadido do atendimento inicial mesmo após ser orientado sobre a necessidade de avaliação cirúrgica, contribuindo para o agravamento do quadro, já que as primeiras seis horas são decisivas para evitar necrose em casos de torção testicular. Anexou ficha de atendimento e exame de imagem para sustentar sua versão. A clínica C.I.P.M., por sua vez, juntou sua guia de atendimento para demonstrar que seu laudo estava correto e que não houve falha em seu serviço. O juízo de primeira instância deferiu a produção de provas testemunhais, periciais e documentais. O laudo pericial concluiu que não houve erro médico, afirmando que o autor teria se retirado voluntariamente do hospital e, com isso, perdido a chance de receber tratamento adequado no momento oportuno. Com base na perícia e nos prontuários, o juiz julgou os pedidos improcedentes, sustentando que o próprio autor contribuiu para o desfecho. Entretanto, em grau de apelação, o Tribunal reformou integralmente essa decisão. A Corte entendeu que, apesar da conclusão do perito, os próprios fundamentos técnicos do laudo demonstravam que o exame clínico é o principal método para diagnosticar torção testicular. O Tribunal considerou que a médica plantonista falhou ao não realizar esse exame — chegando inclusive a solicitar que fosse feito por colega do sexo masculino — e ao induzir o autor a buscar um ultrassom externo, fazendo-o acreditar que o exame de imagem era imprescindível e que não havia risco iminente. O Tribunal também valorizou o fato de que o hospital resistiu a entregar o prontuário médico ao autor quando solicitado, somente juntando o documento com a contestação, o que foi interpretado como descumprimento dos deveres de cooperação e boa-fé processual. Além disso, destacou que a documentação médica evidenciava a gravidade do quadro no primeiro atendimento e demonstrava que a negligência da médica atrasou uma intervenção que poderia ter evitado a necrose. Por essas razões, a sentença foi reformada para julgar procedente o pedido do autor. Até o encerramento da pesquisa citada, o processo ainda não havia transitado em julgado.

Do ponto de vista médico:

#Identificação: Paciente masculino, adulto jovem, previamente saudável, praticante regular de judô.

#História Clínica: O paciente relatou que, durante treino de judô, sofreu trauma na região inguino-escrotal, evoluindo imediatamente com dor intensa no testículo esquerdo. Cerca de uma hora após o evento, por volta de 22h30, procurou atendimento de emergência no Hospital de Laranjeiras devido ao agravamento da dor. Na avaliação inicial, a médica plantonista considerou a hipótese diagnóstica de torção testicular, destacando a gravidade potencial do quadro e a necessidade de realização de exame de imagem. Entretanto, o hospital não dispunha de equipe disponível para operar o equipamento de ultrassonografia naquele horário. A profissional orientou o paciente a realizar o exame em outro serviço, já que o hospital não tinha como oferecê-lo naquele momento.

#Conduta Subsequente: Na manhã seguinte, o paciente compareceu ao C.I.P.M., onde realizou ultrassonografia escrotal que não identificou sinais de torção. Recebeu alta com prescrição de analgésicos. Nas 24 horas seguintes, houve piora importante da dor e aumento de volume escrotal, levando o paciente a retornar ao Hospital de Laranjeiras. À reavaliação, constatou-se necrose completa do testículo esquerdo, sendo submetido a orquiectomia de emergência.

#Documentação Clínica: O paciente apresentou exames de imagem, atestados e prescrições referentes aos atendimentos realizados. No prontuário do primeiro atendimento, a médica registrou que o paciente teria deixado o hospital por conta própria, sem aguardar reavaliação. O paciente, porém, afirmou ter sido orientado a procurar o exame externamente devido à indisponibilidade técnica do hospital.

#Laudo Pericial: Em primeira instância, o perito judicial concluiu que não houve falha profissional, sustentando que o paciente perdeu a oportunidade de tratamento adequado ao se retirar do hospital antes do período crítico das primeiras seis horas — considerado determinante para evitar necrose em casos de torção testicular. A decisão inicial acompanhou essa conclusão, julgando improcedentes os pedidos do paciente.

#No recurso pedido pelo autor, o Tribunal reformou a sentença. Observou que:

- O exame clínico é o principal método diagnóstico para torção testicular;
- A médica plantonista não realizou o exame clínico adequado, chegando a solicitar que outro colega o fizesse;
- A orientação para buscar ultrassonografia externa induziu o paciente a crer que o exame de imagem era essencial e que não havia caráter de urgência;
- A retenção do prontuário pelo hospital até a contestação configurou violação ao dever de cooperação e prejudicou a reconstrução dos fatos;
- A própria fundamentação do laudo pericial indicava que a conduta ideal não havia sido adotada, apesar de sua conclusão formal.

Assim, o Tribunal reconheceu a negligência no primeiro atendimento, entendendo que o atraso no diagnóstico e na intervenção cirúrgica contribuiu de forma decisiva para o desfecho de necrose testicular. Obs: Até o fechamento da pesquisa, o processo ainda não havia transitado em julgado, porém a decisão em segunda instância havia reformado totalmente a sentença para julgar procedente o pedido do paciente.

#Conclusão pericial: Após analisar o autor do processo e os documentos médicos presentes nos autos, o perito concluiu que não houve desvio de conduta profissional por parte dos médicos ou

das instituições de saúde envolvidas. Ao deixar o hospital por decisão própria, o autor perdeu a oportunidade de receber o tratamento cirúrgico adequado, já indicado pela médica do primeiro atendimento no Hospital de Laranjeiras, que havia diagnosticado a suspeita de torção testicular. Entretanto, na segunda instância, o próprio tribunal entendeu que a conclusão do laudo pericial contrariava sua própria fundamentação, ou seja, o perito apresentou argumentos que apontavam falhas na conduta médica, mas mesmo assim concluiu pela inexistência de erro. Dessa forma, pela contradição de informações e pela avaliação considerada incorreta do laudo médico pericial pelo tribunal, essa conclusão pericial médica foi desacolhida por ele.

Apelação **cível** **5** (**Apelação** **número** **APELAÇÃO** **0415857-91.2015.8.19.0001**)
Caso **clínico** **5** **-** **Erro** **médico**

Do ponto de vista do direito: Trata-se de ação de indenização por danos morais, cumulada com pedido de pensão vitalícia, ajuizada pelo autor em face do Município do Rio de Janeiro, sob a alegação de erro médico ocorrido durante cirurgia destinada ao tratamento de hérnia inguinal. Segundo sua narrativa inicial, durante o ato cirúrgico teria havido lesão inadvertida de uma veia saudável, ocasionando redução volumétrica do testículo esquerdo. Sustentou, ainda, que tal alteração anatômica teria evoluído para quadro de impotência sexual e incapacidade laboral, em razão de dores abdominais persistentes que, segundo ele, o impedia de trabalhar oito horas diárias. Para comprovar suas alegações, o autor juntou aos autos laudo médico particular, exames de imagem da bolsa escrotal, da próstata e do sistema urinário, bem como exames laboratoriais. Com base nisso, requereu indenização equivalente a 200 salários mínimos, além de pensão vitalícia, alegando evidente prejuízo funcional e sexual. Por outro lado, o Município apresentou contestação afirmando que o procedimento cirúrgico transcorreu sem intercorrências, tendo sido empregada técnica adequada e condutas compatíveis com as boas práticas médicas, juntando relatórios e o prontuário cirúrgico. Em decisão saneadora, o magistrado fixou como ponto controvertido a existência ou não de nexo causal entre o atendimento prestado e o resultado danoso alegado pelo autor, deferindo a realização de perícia médica judicial. O perito, após análise detalhada do prontuário e de toda a documentação clínica, concluiu ser inexistente nexo causal entre o procedimento realizado e as sequelas descritas pelo demandante. A perícia destacou não haver elementos objetivos que comprovassem qualquer conduta inadequada da equipe médica ou que estabelecessem relação direta entre o ato cirúrgico e o alegado quadro de impotência sexual ou incapacidade laboral. A sentença julgou totalmente improcedentes os pedidos, entendimento que foi integralmente mantido pelo Tribunal em sede de apelação. O acórdão ressaltou que o laudo pericial foi claro ao afastar o nexo causal e que os prontuários médicos, dotados de presunção de veracidade, corroboraram a regularidade do atendimento. Destacou-se que tal presunção somente pode ser afastada por outros meios de prova robustos e consistentes, o que não foi produzido pelo autor. Além disso, o Tribunal observou que sequer havia elementos mínimos para justificar a realização de nova perícia, dada a insuficiência probatória. Diante da manifesta improcedência do recurso, o Tribunal aplicou julgamento monocrático, nos termos da legislação processual, mantendo integralmente a sentença. Com o trânsito em julgado, o processo foi remetido ao arquivo definitivo em 14/01/2021, encerrando-se a controvérsia sem o reconhecimento de qualquer responsabilidade civil por parte do ente público ou dos profissionais envolvidos.

3422

Do ponto de vista médico:

#Identificação: Paciente do sexo masculino, adulto (idade não informada nos autos).

#Queixa principal: Dor abdominal após cirurgia de hérnia inguinal, diminuição do testículo esquerdo e impotência sexual.

#História clínica: O paciente foi submetido a uma cirurgia para tratamento de hérnia inguinal em hospital pertencente ao município. Após o procedimento, passou a apresentar redução do volume do testículo esquerdo, dor abdominal persistente e quadro de impotência sexual, sintomas que ele atribuiu a uma possível lesão de veia saudável durante o ato cirúrgico. Devido ao surgimento desses sintomas, o paciente procurou atendimento médico e realizou exames diagnósticos, buscando esclarecer a origem das alterações e sua possível relação com o procedimento cirúrgico.

#Exames apresentados pelo paciente para investigação do quadro: Laudo médico; Exame de imagem da bolsa escrotal; Exame de imagem da próstata; Exame de imagem da via urinária; Exame de sangue.

#O ente público responsável pelo atendimento apresentou em defesa: Relatório médico do procedimento; Prontuário cirúrgico, indicando que a cirurgia teria transcorrido sem intercorrências e de acordo com a técnica adequada.

#Evolução processual e análise pericial: Diante da divergência entre as partes, o magistrado determinou a realização de perícia médica, fixando como ponto controvertido o possível nexo causal entre o procedimento cirúrgico e as condições relatadas pelo paciente.

#Conclusão pericial: A lesão do cordão espermático durante uma hernioplastia inguinal caracteriza má prática médica. Entretanto, com base na documentação existente nos autos, o perito afirmou não ser possível estabelecer nexo técnico entre a hernioplastia inguinal esquerda realizada em 2014 e a ausência de fluxo sanguíneo no testículo esquerdo constatada em 08/10/2014, uma vez que o procedimento de 2014 representou a terceira intervenção cirúrgica na mesma região, conforme informado pelo autor.

3423

Apelação cível 6 (Apelação número 0486247-28.2011.8.19.0001)

Caso clínico 6: erro médico

Do ponto de vista do direito: Trata-se de ação indenizatória por danos morais, materiais e estéticos, fundada em alegação de erro médico no cálculo da idade gestacional, o que teria levado ao nascimento de um bebê pós-maduro, com asfixia leve, resultando em encefalopatia crônica não progressiva e paralisia cerebral. A parte autora sustenta que o parto ocorreu com um mês de atraso, por cesariana, com sinais de pós-maturidade, ausência de líquido amniótico e falta de conduta especial da equipe. O menor passou a necessitar de acompanhamento fisioterápico e neurológico. Foram juntados prontuário hospitalar, fotografia e recorte de jornal. Os réus negam erro médico, afirmando que a idade gestacional foi corretamente calculada por ultrassonografia, que o recém-nascido (41 semanas) apresentou boa vitalidade, Apgar 6/10, evolução regular em berçário, asfixia leve resolvida com máscara de oxigênio, sem necessidade de UTI neonatal, e que medicamentos usados pela mãe poderiam explicar as sequelas. A documentação apresentada pelos réus consistiu também em prontuários médicos. A primeira sentença de improcedência foi anulada para realização de perícia confirmatória, pois o primeiro laudo, embora apontasse possibilidade de hipóxia intraparto e falha na condução, apresentava incongruências com o

restante das provas. A segunda perícia concluiu que a conduta obstétrica e neonatal foi adequada, que a idade gestacional estava correta, que não havia indicação para UTI quando o Apgar atinge 10 no quinto minuto, e que não é possível determinar a causa exata da paralisia cerebral. Indicou ainda que os sinais de pós-maturidade decorreram de disfunção placentária, conforme já constava em prontuários (que também registravam desnutrição fetal), e que não houve intercorrências gestacionais, intraparto ou pós-parto. Com base no conjunto- prontuários, exames e dois laudos periciais- o Tribunal concluiu pela ausência de nexo causal entre a conduta médica e a patologia do autor, afastando culpa profissional e falha do serviço. Assim, manteve a improcedência, não sendo necessária nova perícia. Embora o processo ainda não tivesse transitado em julgado, o acórdão confirmou a inexistência de responsabilidade civil. Do ponto de vista médico:

#Identificação: Recém-nascido do sexo não especificado, filho de gestante acompanhada em serviço hospitalar.

#Queixa Principal: Alegação de que o recém-nascido teria desenvolvido encefalopatia crônica não progressiva e paralisia cerebral em razão de erro médico no cálculo da idade gestacional, resultando em parto supostamente tardio.

#História da Doença Atual: A parte autora afirma que houve erro no cálculo da idade gestacional, levando ao nascimento com um mês de atraso. Relata que o parto foi cesariana e que o recém-nascido apresentou sinais de pós-maturidade e asfixia leve. Refere ainda que o pediatra teria informado ausência de líquido amniótico e que não houve conduta especial da equipe diante do quadro. Segundo a autora, o menor necessita de tratamento fisioterápico e neurológico devido às sequelas.

3424

#História Obstétrica e do Parto: A documentação dos autos indica gestação pós-datada, estimada em 41 semanas, com parto cesáreo. O recém-nascido apresentou sinais de pós-maturidade e asfixia leve, controlada com máscara de oxigênio. O teste de Apgar foi 6 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto. Não há registro de necessidade de UTI neonatal. Prontuários da gestante não apontam intercorrências antes, durante ou após o parto.

#Exames e Documentos Apresentados: Prontuário hospitalar da mãe e do recém-nascido; Fotografia; Recorte de jornal sobre caso semelhante; Exames de ultrassonografia usados para datar a gestação; Teste de Apgar; Perícias médicas (primeira e confirmatória).

#Evolução Inicial do Recém-Nascido: Documentos indicam desenvolvimento regular em berçário e consultas pediátricas posteriores. A paralisia cerebral foi identificada meses após o nascimento.

#Argumentos dos Réus: A idade gestacional foi calculada de acordo com as ultrassonografias; O parto ocorreu adequadamente, com bom peso e bons índices de vitalidade; A asfixia leve foi prontamente controlada; Não havia indicação de UTI neonatal; A genitora fazia uso de medicamentos controlados que poderiam influenciar o quadro neurológico.

#Conclusão pericial: A primeira avaliação pericial apontou a possibilidade de erro no cálculo da idade gestacional e questionou a ausência de encaminhamento do recém-nascido à UTI neonatal. Contudo, suas conclusões apresentaram incongruências quando comparadas à documentação constante nos autos e à literatura médica citada pela própria perita, o que gerou dúvidas técnicas que motivaram a determinação judicial de uma nova perícia. A perícia confirmatória (segunda avaliação médica pericial) concluiu que a conduta adotada durante a gestação, o parto e o

atendimento neonatal foi adequada. A idade gestacional foi corretamente estimada por meio de ultrassonografia. Considerou-se que não havia indicação para encaminhamento do recém-nascido à UTI neonatal, uma vez que o índice de Apgar atingiu nota máxima no quinto minuto de vida. A avaliação também afirmou ser impossível determinar a causa exata da encefalopatia apresentada posteriormente. Por fim, registrou que os sinais de pós-maturidade observados decorriam de disfunção placentária, achado compatível com os prontuários médicos juntados aos autos.

Apelação **cível** **7** **(Apelação** **número** **0232085-23.2018.8.19.0001)**
Caso **clínico** **7:** **erro** **médico**

Do ponto de vista do direito: Trata-se de um caso em que a paciente buscou indenização por suposto erro médico e por negativa de cobertura para uma cirurgia urgente. A autora relatou que procurou atendimento no Hospital Silvestre, credenciado ao seu plano de saúde, devido a fortes dores abdominais. Foram realizados exames, porém a equipe médica não chegou a um diagnóstico conclusivo e decidiu pela alta hospitalar. Após isso, a paciente consultou um especialista, que identificou um carcinoma de ovário e indicou cirurgia de urgência. A autora afirma que não quis realizar o procedimento no hospital credenciado porque alegava ter ocorrido erro médico anterior naquele local. Solicitou, então, autorização do plano para ser operada em outro hospital, o CHN, mas sustenta que o plano não teria sido autorizado. A documentação inicial incluía exames de imagem e laboratoriais, laudos histopatológicos e a solicitação médica de cirurgia urgente, além do contrato do plano de saúde. Diante disso, foi concedida tutela de urgência. O juiz entendeu que havia comprovação documental do contrato, ausência de carência e pagamentos regulares, além da urgência clínica descrita pelo médico assistente. Assim, determinou que o plano autorizasse e arcasse com a cirurgia e a internação no hospital escolhido pela autora. A sentença de primeira instância julgou o pedido procedente, entendendo que os documentos médicos comprovavam a necessidade de cirurgia imediata e que não houve demonstração de que o plano havia autorizado a cirurgia quando solicitado. A operadora do plano recorreu afirmando que não houve erro médico no atendimento inicial e que não houve negativa de cobertura, mas apenas indicação de que o procedimento deveria ocorrer em hospital credenciado. O Tribunal reformou a decisão, julgando improcedente a ação. Destacou que não havia comprovação de erro médico e que não ficou demonstrada a recusa do plano em autorizar a cirurgia. Ressaltou também que a autora apresentou apenas o prontuário referente ao atendimento no Hospital Silvestre, e que sua análise não apontava falhas na conduta da equipe: o quadro doloroso foi avaliado, recebeu tratamento e foi feita a indicação de exames complementares. Sem produção de outras provas, o prontuário se mostrou decisivo para o desfecho do caso, sustentando a conclusão de inexistência de erro médico e afastando a responsabilidade da ré. Os embargos interpostos pela autora foram rejeitados, e a decisão tornou-se definitiva, não cabendo mais recursos.

Do ponto de vista médico:
#Identificação: Paciente do sexo feminino, adulta, beneficiária de plano de saúde.
#Queixa Principal: Dor abdominal intensa.
#História da Doença Atual: A paciente procurou atendimento médico em hospital credenciado ao seu plano de saúde após apresentar fortes dores abdominais. No local, foram realizados exames, porém a equipe médica não conseguiu estabelecer diagnóstico conclusivo. Após controle

3425

do quadro doloroso, a paciente recebeu alta. Posteriormente, buscou avaliação com um especialista, que diagnosticou carcinoma de ovário. Diante da gravidade do quadro, foi indicada cirurgia em caráter de urgência. A paciente solicitou autorização ao plano de saúde para realizar o procedimento em hospital não credenciado, alegando não confiar no hospital previamente consultado. Segundo a paciente, o plano não autorizou o procedimento no hospital escolhido.

#Documentos e Exames Apresentados: Exames histopatológico e imuno-histoquímicos; Ressonância magnética; Exames laboratoriais; Solicitação médica de cirurgia urgente; Contrato do plano de saúde.

#Conduta Inicial e Evolução: Foi concedida tutela de urgência judicial autorizando a realização da cirurgia no hospital escolhido pela paciente, determinando que o plano arcasse com todos os custos de internação, medicamentos e eventual necessidade de CTI.

#Conclusão pericial: Não houve avaliação pericial nesse caso. O Tribunal concluiu que não houve erro médico nem negativa formal do plano de saúde. O prontuário se mostrou decisivo para o desfecho do caso, dispensando perícia médica.

Apelação	Cível	8	(Apelação	número	0032165-34.2015.8.19.0014)
Caso	Clínico	8	-	-	Imperícia

Do ponto de vista do direito: Trata-se de uma ação indenizatória por suposto erro médico em decorrência de um episódio de alergia medicamentosa grave. O autor alegou ter recebido medicamentos aos quais possuía alergia, resultando em feridas, dor intensa, sensação de queimação e formação de bolhas, além de múltiplas visitas hospitalares para tratamento. A sentença de primeira instância julgou procedentes os pedidos, reconhecendo a falha na prestação do serviço e determinando o pagamento de indenização por danos morais e materiais. Ambas as partes recorreram da decisão. No plano da responsabilidade, os hospitais respondem de forma objetiva pelos danos relacionados às suas instalações, exames, enfermaria e equipamentos, enquanto a conduta dos médicos que nele atuam exige comprovação de culpa, configurando responsabilidade subjetiva. No caso em questão, não houve controvérsia quanto ao vínculo de subordinação dos profissionais ao hospital e à cooperativa médica ré. A prova pericial foi conclusiva e evidenciou que os medicamentos administrados ao autor, especificamente Tramal, Dipirona e Tilatyl, incluíam fármacos formalmente contraindicados em caso de alergia ao Meloxicam. O perito destacou que o prontuário do primeiro atendimento não continha qualquer registro sobre a alergia do paciente, contrariando as recomendações do Consenso Internacional de Alergia em Medicamentos (ICON), que determina a necessidade de inquirir o paciente sobre suas alergias antes de prescrever fármacos. Além disso, o campo destinado a alergias no prontuário não foi preenchido, nem positivamente nem negativamente, indicando imperícia no levantamento das informações e descuido na condução do atendimento. Em juízo, a sogra do autor confirmou que o paciente havia informado previamente ao enfermeiro responsável sobre sua alergia, evidenciando que a omissão não decorreu de negligência do paciente, mas sim da equipe de saúde. O laudo pericial, fundamentado nos relatórios médicos anexados à inicial, concluiu pela falha na prestação do serviço, uma vez que não houve o cumprimento dos cuidados mínimos estabelecidos pelo ICON. O dano moral foi configurado diante dos transtornos experimentados pelo autor, e os danos materiais foram corretamente apurados pelo perito,

3426

considerando apenas os comprovantes pertinentes ao tratamento e excluindo notas fiscais ilegíveis ou não relacionadas ao caso. O Tribunal manteve a sentença de primeira instância, reconhecendo a falha médica e rejeitando os recursos interpostos. O processo tramita sob segredo de justiça, conforme previsto no Código de Ética Médica. Este caso evidencia a importância de um prontuário médico devidamente preenchido, legível e completo, não apenas para subsidiar perícias médicas, mas também como elemento central em processos judiciais, garantindo a proteção do paciente e fornecendo informações essenciais para decisões judiciais, inclusive quando outros elementos probatórios são limitados ou ausentes. Do ponto de vista médico: O paciente deu entrada no hospital apresentando queixas que levaram à administração de medicamentos incluindo Tramal, Dipirona e Tilatyl. Durante o primeiro atendimento, o prontuário médico não registrou qualquer informação sobre alergias do paciente, nem positivamente nem negativamente, contrariando recomendações de inquirição obrigatória do paciente sobre alergias antes da prescrição de fármacos. A ausência de preenchimento adequado do prontuário indicou falha na conduta da equipe de saúde, evidenciando descuido no levantamento de informações essenciais para a segurança do paciente. Em juízo, a sogra do paciente confirmou que este havia informado previamente ao enfermeiro sobre sua alergia, demonstrando que a omissão decorreu da equipe médica e não do paciente. A falha constatada gerou transtornos significativos, incluindo a necessidade de múltiplas visitas hospitalares e complicações decorrentes da administração inadequada dos medicamentos. A sentença de primeira instância julgou procedente a demanda, reconhecendo a falha da equipe e determinando indenização por danos materiais e morais. A decisão foi mantida pelo Tribunal, confirmando a responsabilidade da equipe de saúde, com o caso tramitando sob segredo de justiça, conforme exigência do Código de Ética Médica.

3427

#Conclusão pericial: A avaliação pericial concluiu que houve falha na prestação do serviço de saúde. A administração de Dipirona e Tilatyl, medicamentos formalmente contraindicados em pacientes com alergia ao Meloxicam, evidencia imperícia ou descuido no levantamento de informações essenciais sobre alergias do paciente. O prontuário não registrou adequadamente o histórico de alergias, contrariando as recomendações do Consenso Internacional de Alergia em Medicamentos (ICON), que estabelece como obrigatória a investigação prévia de alergias antes da prescrição de fármacos. Portanto, a conduta da equipe de saúde configurou descumprimento dos cuidados mínimos esperados, podendo ser caracterizada como falha assistencial, com potencial risco à segurança do paciente.

Apelação	cível	9	(Apelação	número	2191881-81.2011.8.19.0021)
Caso	clínico	9	-	Erro	médico

Ponto de vista do direito: Trata-se de ação de indenização por danos morais e materiais, na qual a autora alegou ter sido submetida a procedimento cirúrgico diferente do indicado por seu médico assistente. A paciente possuía Tenossinovite de DeQuervain no punho direito, mas foi submetida a Neurólise do Nervo Mediano. Os documentos apresentados incluíam ultrassonografias de ambos os punhos, laudo médico, receita, prontuário cirúrgico, guias de fisioterapia e folha de anestesia. O primeiro réu contestou afirmando que a cirurgia estava correta, com base em ultrassonografia e artigos científicos. O segundo réu alegou ilegitimidade passiva por não ter vínculo com o médico. O terceiro réu declarou que seguiu a autorização presente na capa do

prontuário médico, assinada pela autora e pela operadora. A perícia médica constatou o erro cirúrgico, confirmando os fatos e o nexo de causalidade. A sentença de primeira instância deu parcial provimento à ação, condenando os réus solidariamente ao pagamento por danos morais. Nos recursos, o primeiro réu alegou ter autorizado o procedimento solicitado; o segundo réu sustentou que o hospital não era responsável; e o terceiro réu afirmou ter sido induzido a erro pelo prontuário. O Tribunal reformou a sentença para excluir a responsabilidade do segundo réu e reduzir a indenização, reforçando a responsabilidade dos demais réus. O relator destacou que, apesar da importância do prontuário, cabe ao médico analisar cuidadosamente todos os dados antes de realizar procedimentos cirúrgicos, especialmente em pacientes encaminhados por colegas. Tanto o primeiro quanto o terceiro réu apresentaram embargos de declaração, que foram rejeitados. Até o encerramento da pesquisa, o processo ainda não havia transitado em julgado, mas a decisão de apelação manteve a sentença de primeira instância.

Do ponto de vista médico: A paciente, portadora de Tenossinovite de DeQuervain no punho direito, foi encaminhada para avaliação cirúrgica. A guia de internação indicava a realização de Neurólise do Nervo Mediano, divergente da conduta originalmente proposta pelo médico assistente. Documentos médicos, incluindo ultrassonografias, laudos, prontuário cirúrgico, guias de fisioterapia e folha de anestesia, instruíram a análise do caso. O primeiro réu alegou que a cirurgia estava correta, o segundo sustentou ilegitimidade passiva, e o terceiro réu afirmou ter realizado o procedimento conforme indicado na capa do prontuário e autorizado pela paciente e pelo plano de saúde. A análise do prontuário, aliada à perícia, foi determinante para caracterizar a falha na prestação do serviço e o dever de cuidado do médico, evidenciando a importância do histórico clínico completo antes de qualquer intervenção cirúrgica.

#Conclusão pericial: O médico perito conclui que existe nexo de causalidade entre o atendimento prestado e os desfechos observados. A paciente, com diagnóstico de Tenossinovite de DeQuervain em punho direito, foi submetida a procedimento cirúrgico de Neurólise do Nervo Mediano, indicado para Síndrome do Túnel do Carpo, divergente da conduta prescrita pelo médico assistente, caracterizando falha no procedimento médico. O atendimento realizado pelo segundo réu não observou os parâmetros da boa prática médica, resultando em incapacidade total temporária estimada em 15 dias e dano estético em grau mínimo, não sendo comprovadas as despesas alegadas pela autora. Dessa forma, os danos decorrentes do procedimento podem ser atribuídos às rés, considerando o desvio da conduta recomendada pelo profissional assistente.

3428

Apelação	cível	io	(Apelação	número	0174204-88.2018.8.19.0001)
Caso			clínico		io

Do ponto de vista do direito: Trata-se de ação de indenização por danos morais e materiais em razão do óbito do filho dos autores, supostamente por erro médico em hospital público. A criança deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) apresentando tosse, febre e vômitos, e os autores alegaram demora na transferência para outro hospital, responsabilizando os médicos pelo óbito. A inicial foi instruída com boletins médicos, exames de sangue, evolução clínica, prescrição médica e laudo de necropsia. O primeiro réu contestou afirmando que o laudo de necropsia não indicava erro médico, apontando que a morte decorreu de “doença/complicações” e que a causa foi choque cardiogênico com insuficiência respiratória. O segundo réu alegou ilegitimidade passiva, pois eventual falha teria ocorrido na UPA administrada pelo primeiro réu.

Nenhum dos réus juntou documentação adicional, e não foi requerida perícia médica pelos autores. O prontuário mostra que foram realizados exame de raio X de tórax, hemograma e urina, além da prescrição de medicamentos, com o paciente mantido em observação sob cuidados da enfermagem. Comparando-se o prontuário com o laudo cadavérico, observa-se que não há relato de perfuração do pulmão esquerdo, apenas atelectasia pulmonar. Sem a juntada do prontuário, o conjunto probatório poderia ter sido posto em dúvida, já que o laudo de necropsia isolado poderia sugerir outra interpretação. Quando analisado em conjunto, conclui-se que não ocorreu erro médico, evidenciando que o prontuário foi imprescindível como meio de prova. Os pedidos foram julgados improcedentes em primeira instância, decisão mantida em apelação, considerando que não houve comprovação do nexo de causalidade entre a conduta dos réus e o falecimento da criança.

Do ponto de vista da medicina: O paciente foi admitido inicialmente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) apresentando um quadro clínico de tosse e febre associadas a episódios de vômitos. Os familiares alegam que houve um agravamento do quadro durante a permanência na UPA decorrente da demora de aproximadamente 12 horas para a transferência hospitalar para uma unidade de maior complexidade. Segundo eles, essa falha no cuidado e na logística assistencial configurou negligência e foi o fator contribuinte para o desfecho fatal do menino. A investigação formal da determinação da morte foi conduzida por meio do Laudo de Exame de Necropsia (Departamento de Polícia Civil), que estabeleceu que o fator que levou à morte foi categorizado como inerente à doença/complicações do quadro subjacente. A sequência de eventos fisiopatológicos que culminaram na morte foi determinada como Choque Cardiogênico, seguido de Insuficiência Respiratória. A discordância inicial dos Autores sobre os achados, que alegavam perfuração pulmonar e lesões vasculares, foi refutada. A análise técnico-científica, confrontando o laudo com o prontuário médico hospitalar (obtido após a transferência), confirmou a ausência de evidências de trauma iatrogênico, sendo o achado pulmonar compatível com o quadro grave de insuficiência respiratória a atelectasia pulmonar (o colapso de uma parte do pulmão). A documentação médica e clínica, incluindo exames laboratoriais, radiografia de tórax e as prescrições, demonstraram que houve manejo e observação do paciente na unidade de referência após sua remoção. #Conclusão pericial: A família não solicitou a avaliação do médico pericial, portanto não há conclusão sobre o caso sobre o qual se fala.

3429

Apelação cível II (Apelação número 0037604-96.2015.8.19.0023)
Caso clínico II
Do ponto de vista do direito: Trata-se de ação de responsabilidade civil na qual a autora relatou que seu filho, vítima de acidente de trânsito, foi encaminhado a um hospital municipal e necessitava de internação em Unidade de Terapia Intensiva devido a doença renal crônica e necessidade de hemodiálise. Segundo a autora, a solicitação de internação não foi atendida, resultando no óbito do paciente. A inicial foi instruída com documentos médicos, incluindo prontuário de atendimento, laudos para solicitação de internação e de terapia renal, relatórios de enfermagem, evolução multiprofissional, parecer médico, tomografias de coluna cervical, seios da face e crânio, receituário e exames laboratoriais. Em contestação, o município réu alegou ausência de nexo causal, afirmando ter prestado atendimento adequado, juntando o prontuário

hospitalar que já constava da inicial. A perícia constatou que houve falha no atendimento que contribuiu para o agravamento do estado clínico do paciente, evidenciando o nexo causal. O laudo pericial concluiu que o paciente apresentava insuficiência renal crônica não tratada, embora não fosse possível determinar de forma inequívoca a causa do óbito em razão de outras comorbidades. Com base nesse parecer, a sentença julgou parcialmente procedente a ação, condenando o município ao pagamento de indenização. O município recorreu, mas o Tribunal negou provimento ao recurso, destacando que o laudo pericial confirmou a existência de erro médico e que o prontuário médico carecia de informações detalhadas sobre o atendimento e procedimentos realizados.

Do ponto de vista da medicina:
Do ponto de vista médico, o caso clínico envolve um paciente pediátrico vítima de acidente de trânsito, portador de doença renal crônica, que necessitava de suporte intensivo e hemodiálise. Após o atendimento inicial no hospital municipal, foi solicitada a internação em Unidade de Terapia Intensiva, porém essa indicação não foi efetivada. O paciente evoluiu clinicamente para agravamento do seu estado geral, culminando em óbito. Os documentos médicos disponíveis incluíam o prontuário de atendimento, laudos de solicitação de internação e de terapia renal, relatórios de enfermagem, evolução multiprofissional, parecer médico, exames de imagem (tomografias de coluna cervical, seios da face e crânio), receituário e exames laboratoriais, que evidenciam acompanhamento clínico, mas demonstram lacunas no registro de procedimentos e condutas adotadas.

#Conclusão pericial: A análise pericial indicou falha na condução do atendimento, apontando que a insuficiência renal crônica do paciente não foi tratada adequadamente, contribuindo para a deterioração de seu quadro clínico. No entanto, devido à presença de comorbidades, não foi possível determinar de forma absoluta a causa direta do óbito.

3430

Apelação cível 12 (Apelação número 0251327-02.2017.8.19.0001)

Caso clínico 12 - Negligência

Do ponto de vista do direito: Trata-se de ação de indenização por danos morais e estéticos. A autora relata ter sido submetida a hernioplastia umbilical em 18/01/2016. Em 08/06/2016, realizou novo procedimento cirúrgico, e, dias depois, passou a sentir dores abdominais, realizando uma tomografia que não apresentou alterações. Como as dores persistiram, em junho de 2017 realizou nova tomografia, que indicou a presença de corpo estranho, levando à realização de outra cirurgia para sua remoção. A última cirurgia deixou cicatriz que a autora considerou necessária de correção estética. A documentação médica apresentada incluía registros das três cirurgias (resumos de alta, laudos médicos, relatórios cirúrgicos, exames laboratoriais, receituários, anamnese, tomografias, fotografias e encaminhamentos cirúrgicos). O réu, em contestação, alegou inexistência de nexo causal, sem apresentar documentação médica adicional. Não foi realizada prova pericial. A sentença de primeira instância se baseou no prontuário médico juntado pela autora, que comprovou que ela foi submetida à hernioplastia umbilical em 18/01/2016, e em 08/06/2016 realizou cirurgia de reconstrução umbilical devido a deformidade cicatricial. Em 13/06/2017, a paciente passou por novo procedimento cirúrgico devido à suspeita de corpo estranho paramediano esquerdo infraumbilical. Embora o relatório médico afirmasse que não foi encontrado corpo estranho, a análise das fotografias anexadas ao prontuário demonstrou a

presença de objeto no local. O juiz considerou evidente a negligência da equipe responsável, que deixou um objeto no corpo da paciente durante cirurgia anterior. O réu apelou alegando ausência de perícia médica e falta de comprovação do direito alegado. O desembargador relator destacou que, neste caso, a prova pericial era dispensável, uma vez que a documentação médica detalhada permitiu ao juiz formar seu convencimento. O tribunal manteve a decisão, reconhecendo o dano estético devido à cicatriz extensa não compatível com uma cirurgia de hérnia umbilical, e o dano moral, decorrente das dores, humilhação e transtornos vivenciados pela autora. Do ponto de vista médico: Paciente submetida inicialmente a hernioplastia umbilical em 18/01/2016. Meses após a cirurgia, em 08/06/2016, a paciente realizou um novo procedimento cirúrgico para reconstrução da cicatriz umbilical devido à deformidade observada na região. Nos dias seguintes, a paciente passou a apresentar dor abdominal persistente. Foi realizada uma tomografia que não revelou alterações significativas. Diante da manutenção dos sintomas, em junho de 2017 foi realizada nova tomografia, que sugeriu a presença de corpo estranho na região paramediana esquerda infraumbilical. A paciente foi então submetida a novo procedimento cirúrgico para remoção do objeto. Embora o relatório cirúrgico tenha informado que não foi encontrado corpo estranho, a análise das imagens e fotografias anexadas ao prontuário demonstrou a presença de um objeto retido na região operada. O prontuário médico da paciente incluiu documentação detalhada de todos os procedimentos: resumos de alta, relatórios cirúrgicos, exames laboratoriais, anamnese, receituários e imagens radiográficas. A análise clínica do prontuário permitiu identificar claramente a sequência dos eventos cirúrgicos, a presença do corpo estranho e a relação com os sintomas persistentes da paciente.

#Conclusão pericial: Não houve avaliação do médico perito. A sua avaliação mostrou-se desnecessária neste caso, pois o prontuário médico da paciente estava completo e bem detalhado. Assim, o juiz pôde acompanhar toda a evolução clínica da paciente, identificar a presença do corpo estranho retido após a cirurgia e constatar a extensão da cicatriz resultante, relacionando diretamente esses achados às intervenções cirúrgicas anteriores. Dessa forma, ele teve acesso suficiente ao conjunto de informações médicas para formar seu convencimento sobre a negligência ocorrida, tornando dispensável a produção de prova pericial adicional e permitindo a decisão fundamentada apenas com base na documentação já acostada aos autos.

3431

Apelação	cível	13	(Apelação	número	0002094-49.2015.8.19.0014)
Caso			clínico		13

Ponto de vista do direito: Trata-se de relato envolvendo pedido de indenização por suposto erro médico. Conforme informado, em 27 de janeiro de 2014, a paciente buscou atendimento no posto de saúde Morro do Coco devido a diarreia e dor abdominal, recebendo medicação prescrita pelo médico, administrada pela equipe de enfermagem, incluindo soro fisiológico, Dipirona e Buscopan. Posteriormente, em 31 de janeiro de 2014, a paciente procurou o Hospital dos Plantadores de Cana, apresentando edema e vermelhidão no braço, sendo internada por cinco dias para manejo de lesões na mão direita, pé esquerdo e de infecção urinária. A paciente alegou que a administração da medicação no posto de saúde teria causado suas complicações, sugerindo erro no procedimento. A documentação apresentada incluiu receituário, encaminhamentos, fotografias, ficha de internação, laudos médicos, prescrições, evolução clínica, exames laboratoriais e registros de atendimento. Além disso, o prontuário hospitalar foi fornecido em

resposta a ofício judicial. A análise médica do caso foi realizada pelo juiz, que não possui formação técnico-médica, e indicou que não há evidências de relação direta entre os medicamentos administrados e as complicações apresentadas. Ele levou em consideração que a paciente possui histórico de diabetes, condição que pode predispor ao desenvolvimento de infecções cutâneas e urinárias, decidindo como justificado os achados clínicos. Por tanto, foi considerado que houvesse um exame detalhado dos prontuários médicos, e que eles demonstraram que as alterações observadas nos membros da paciente são compatíveis com seu quadro clínico preexistente, não havendo indícios de falha na administração de medicação pelo posto de saúde. Do ponto de vista médico: Paciente procurou atendimento em 27/01/2014 no posto de saúde Morro do Coco com diarreia e dor abdominal, recebendo medicação prescrita pelo médico e administrada pela equipe de enfermagem (soro fisiológico, Dipirona e Buscopan). Em 31/01/2014, apresentou edema e eritema no braço, sendo internada por cinco dias no Hospital dos Plantadores de Cana para tratamento de lesões na mão direita, pé esquerdo e infecção urinária. A paciente possui histórico de diabetes, condição que pode predispor a infecções e complicações cutâneas e urinárias. A análise, pelo juiz, dos prontuários médicos e documentação clínica demonstrou que as alterações apresentadas estavam relacionadas ao quadro pré-existente de diabetes e infecção urinária, sem evidências de reação adversa ou erro na administração da medicação. Não houve necessidade de perícia médica, uma vez que a documentação clínica, segundo a autoridade, foi suficiente para esclarecer a evolução do quadro. Conclui-se, portanto, que os achados clínicos são compatíveis com a condição médica do paciente, sem relação causal com a administração de medicamentos no posto de saúde.

#Conclusão pericial: Não houve conclusão pericial.

3432

Apelação	14	(Apelação	número	305443-26.2015.8.19.0001)
Caso	clínico	14	-	Negligência

Ponto de vista do direito: Trata-se de ação de indenização por danos morais atribuídos a suposto erro médico. O autor alegou que, durante a realização de vídeo colonoscopia na primeira ré, teria ocorrido perfuração do intestino delgado, resultando em peritonite e necessidade de cirurgia de emergência por laparoscopia exploradora. Relatou ainda ser portador de síndrome do cólon irritável e afirmou ter ficado 120 dias afastado do trabalho, além de necessitar de nova cirurgia para correção de hérnias e cicatriz, permanecendo mais 60 dias de licença. A inicial foi instruída com documentação médica abrangente, incluindo preparo para colonoscopia, laudo do exame, avaliação de risco cirúrgico, descrição cirúrgica, folha de anestesia, atendimento de emergência, anamnese, evolução clínica, registros de rotina médica, gerenciamento de risco, registro de entrada do paciente, fotografias e recibos médicos. Em contestação, a primeira ré negou a perfuração do intestino delgado, apontando que o autor havia realizado cirurgia prévia para tratamento de diverticulite de Meckel, condição não relacionada à colonoscopia. A segunda ré alegou inexistência de responsabilidade, afirmando que o procedimento não foi negado. Foi realizada perícia médica, na qual o perito, analisando toda a documentação médica, concluiu que não houve erro médico. O quadro clínico apresentado, incluindo a avaliação laboratorial e radiológica, e a abordagem cirúrgica estiveram em conformidade com a literatura médica vigente. A hérnia incisional identificada é uma complicação conhecida de cirurgias abdominais, relacionada a fatores como fraqueza da parede abdominal, sobrepeso, obesidade, tabagismo, tosse

crônica ou esforço físico repetitivo. O diagnóstico é clínico e a correção é cirúrgica. O laudo pericial concluiu que não havia incapacidade funcional ou laborativa e que o dano estético decorrente da hérnia era leve. Com base nesse parecer, a ação foi julgada improcedente em primeira instância, sendo fundamentada na ausência de nexo causal entre o exame realizado e o quadro clínico do paciente. O autor interpôs recurso de apelação, que também foi negado pelo Tribunal. O laudo pericial corroborou os registros do prontuário médico e exames, evidenciando que a peritonite decorreu de condição congênita do autor, e não do exame de colonoscopia. Do ponto de vista da medicina: Paciente do sexo masculino, portador de síndrome do cólon irritável, submetido a exame de vídeo colonoscopia. Relata evolução com quadro de suposta perfuração do intestino delgado, complicando-se com peritonite, necessitando de cirurgia de emergência via laparoscopia exploradora. Posteriormente, paciente foi submetido a nova intervenção cirúrgica para correção de hérnias incisionais e cicatriz abdominal, com afastamento laboral total de aproximadamente 180 dias. Documentação médica disponível inclui: preparo para colonoscopia, laudo de vídeo colonoscopia, avaliação de risco cirúrgico, descrição cirúrgica detalhada, folha de anestesia, registros de atendimento de emergência, anamnese, evolução clínica, rotina médica, gerenciamento de risco, registro de entrada, fotografias e recibos médicos. #Conclusão pericial: O médico perito conclui que o atendimento ao paciente seguiu condutas médicas adequadas e compatíveis com a literatura vigente. A hérnia incisional decorre de fraqueza da parede abdominal em cirurgia prévia, associada a fatores de aumento de pressão intra-abdominal. O diagnóstico foi clínico e a correção cirúrgica apropriada. Não há incapacidade funcional ou laboral, e o dano estético é leve. Não se identificaram atos médicos inadequados ou falhas técnicas.

DISCUSSÃO

O presente estudo, fundamentado na análise de 14 julgados proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) em 2020, reafirma o valor probatório insubstituível do prontuário médico como elemento central no litígio e na apuração da conduta profissional. O prontuário, definido como um documento único de caráter legal, sigiloso e científico, constitui a base objetiva para a análise técnica do perito, permitindo a reconstituição fidedigna dos fatos clínicos e a correta interpretação das condutas adotadas (MILLEN, 2020). A síntese empírica desta pesquisa, contudo, revela uma contradição crítica. Embora o prontuário seja o elemento de prova mais crítico e determinante para a convicção judicial e pericial, a maioria dos registros analisados apresentou falhas de preenchimento, inadequação formal (rasuras, ilegibilidade) ou, em um caso, ausência total, comprometendo a reconstrução fidedigna do ato médico (MILLEN, 2020). A precariedade do registro não é apenas uma infração ética (Art. 87 do Código de Ética Médica - CEM), mas um fator que contribui decisivamente para a condenação civil, especialmente sob o regime da inversão do ônus da prova (MILLEN, 2020).

1. Falha Documental Crítica e a Inviabilidade da Determinação do Nexo Causal
O prontuário médico é a fonte primária para o estabelecimento do nexo causal, ou seja, a relação de causa e efeito entre a conduta do agente e o dano verificado. Quando a documentação é inexistente ou gravemente deficiente, a perícia indireta torna-se impossível, afetando diretamente a capacidade do paciente de provar o erro ou a capacidade do médico de provar a boa prática (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 2 (Ap. 0002915-55.2017.8.19.0023) ilustra de forma

categorica a inviabilidade da análise pericial pela ausência documental. A perda do prontuário completo referente ao momento do parto, onde se alegava encefalopatia crônica por hipóxia neonatal, impediu a realização de um exame pericial metodologicamente válido (MILLEN, 2020). Sem elementos fundamentais, como anamnese, exame físico e evolução, não foi possível formular hipóteses diagnósticas, avaliar condutas médicas ou determinar desvios assistenciais, resultando na impossibilidade material de análise e no fracasso em estabelecer onexo causal (MILLEN, 2020). Essa perda de documentos essenciais configurou uma falta ética da instituição hospitalar, detentora da guarda (MILLEN, 2020). A dificuldade em provar o nexo causal também é exacerbada quando o prontuário é utilizado de forma unilateral e incompleta, como observado no Caso Clínico 4 (Ap. 0207863-59.2016.8.19.0001 - Torção Testicular). O registro da médica, alegando que o paciente teria se evadido, foi interpretado como um documento unilateral pelo Tribunal, que desconsiderou o laudo pericial (por contradição interna) e reconheceu a negligência da profissional que não realizou o exame clínico primário — que é o método soberano para o diagnóstico de torção testicular — em um quadro tempo-dependente (MILLEN, 2020). A retenção do prontuário pelo hospital, que só o juntou em contestação, foi considerada violação ao dever de cooperação, reforçando a condenação por negligência e perda de uma chance de cura (MILLEN, 2020).

2. CORRELAÇÃO ENTRE INADEQUAÇÃO DOCUMENTAL E CLASSIFICAÇÃO DA CULPA MÉDICA **A DOCUMENTAÇÃO DEFICIENTE OU A OMISSÃO DE REGISTROS ESSENCIAIS SERVEM COMO PROVA DA CULPA MÉDICA NAS SUAS MODALIDADES CLÁSSICAS: NEGLIGÊNCIA, IMPRUDÊNCIA OU IMPERÍCIA (MILLEN, 2020)**

3434

2.1. Prontuário como Prova de Imperícia e Descuido

A imperícia médica decorre da falta de habilidade técnica ou de conhecimento científico necessário para a prática de determinado ato. No contexto documental, a imperícia pode se manifestar na falha em aplicar protocolos básicos de segurança (MILLEN, 2020). No Caso Clínico 8 (Ap. 0032165-34.2015.8.19.0014), a condenação por falha assistencial foi diretamente ligada à ausência de registro sobre alergias em campo obrigatório do prontuário, contrariando as recomendações do Consenso Internacional de Alergia em Medicamentos (ICON). O perito concluiu que a ausência de preenchimento indicava imperícia ou descuido no levantamento de informações essenciais, estabelecendo o nexo causal com a reação alérgica grave do paciente (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 9 (Ap. 2191881-81.2011.8.19.0021) revelou negligência (falha no dever de cautela) e erro médico quando o cirurgião realizou um procedimento incorreto (Neurólise do Nervo Mediano, indicado para Síndrome do Túnel do Carpo) em uma paciente com Tenossinovite de DeQuervain (MILLEN, 2020). O Tribunal condenou o médico por ter se baseado apenas na capa do prontuário (guia de internação) e na autorização, sem realizar a avaliação completa do histórico clínico da paciente (dever de zelo e cautela) antes da intervenção cirúrgica (MILLEN, 2020).

]

2.2. Prontuário Robusto como Prova da Imprudência

Em situações opostas, o detalhamento do prontuário pode, ironicamente, provar a culpa. A imprudência é caracterizada pela ação precipitada ou insensata (MILLEN, 2020). No Caso Clínico 3 (Ap. 0175384-08.2019.8.19.0001), o prontuário, com 630 páginas, serviu como a principal prova documental para estabelecer a verdade dos fatos. A análise do registro detalhado identificou a administração de morfina em dose superior à recomendada para a faixa etária e condição do menor, confirmando a imprudência (conduta comissiva) e estabelecendo inequivocamente o nexo causal com a parada cardiorrespiratória e o óbito subsequente (MILLEN, 2020).

2.3. Negligência por Lacunas na Evolução Clínica

A negligência médica caracteriza-se pela omissão de um dever de cuidado ou falta de atenção diante de uma necessidade clínica evidente (MILLEN, 2020). No Caso Clínico II (Ap. 0037604-96.2015.8.19.0023), o Tribunal manteve a condenação do município réu por erro médico e negligência. O laudo pericial, aliado ao prontuário, constatou que a falha no atendimento e o prontuário carente de informações detalhadas sobre procedimentos realizados contribuíram para o agravamento do estado clínico do paciente com insuficiência renal crônica não tratada, evidenciando o nexo causal (MILLEN, 2020).

3. O PRONTUÁRIO NA DIFERENCIAÇÃO ENTRE ERRO CULPOSO E EXCLUDENTES DE RESPONSABILIDADE

3435

Um dos papéis mais cruciais do prontuário é permitir a distinção técnica entre o erro médico culposos e as excludentes de responsabilidade civil, como a iatrogenia ou a intercorrência médica. Essas excludentes ocorrem quando o dano é inerente a um ato médico correto ou uma complicação inesperada, sem a presença de imperícia, imprudência ou negligência. A documentação deve comprovar que o profissional utilizou o conhecimento e recursos disponíveis (obrigação de meio) (MILLEN, 2020).

3.1. Prontuário Robusto e a Exoneração pela Quebra do Nexo Causal

A documentação completa e consistente é a principal defesa do médico e o que permite ao perito e ao juiz afastar o nexo causal por demonstrar que o desfecho desfavorável se deu por uma complicação não culposa (MILLEN, 2020). No Caso Clínico I (Ap. 0010589-90.2017.8.19.0021), a farta documentação (prontuário de admissão, exames, evolução diária) foi a principal prova que permitiu ao perito concluir pela adequação dos procedimentos e afastar a alegação de erro médico, rompendo o nexo causal alegado pela autora (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 5 (Ap. 0415857-91.2015.8.19.0001) resultou na improcedência da ação, pois o perito, com base no prontuário cirúrgico e relatórios, afirmou ser inexistente o nexo causal entre a hernioplastia e as sequelas alegadas, conseguindo diferenciar os danos de cirurgias prévias (MILLEN, 2020). O Tribunal destacou que os prontuários, dotados de presunção de veracidade, corroboraram a regularidade do atendimento, sustentando a ausência de culpa (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 6 (Ap. 0486247-28.2011.8.19.0001) demonstrou que a documentação (incluindo prontuários) foi crucial,

em conjunto com duas perícias, para afastar o nexo causal entre a conduta obstétrica e a paralisia cerebral. Os prontuários atestaram a correção da idade gestacional e indicaram que sinais de pós-maturidade decorriam de disfunção placentária (uma intercorrência clínica), e não de falha médica (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 14 (Ap. 0305443-26.2015.8.19.0001) apresentou um robusto prontuário (incluindo descrição cirúrgica, folha de anestesia e gerenciamento de risco) que sustentou a conclusão pericial de que a peritonite do paciente decorreu de uma condição congênita (Divertículo de Meckel), e não da colonoscopia. A documentação foi decisiva para afastar o nexo causal e a negligência alegada (MILLEN, 2020).

3.2. Suficiência Documental e Dispensa da Perícia

Em diversos casos, a clareza e completude do prontuário foram suficientes para formar o convencimento judicial sem a necessidade de prova pericial, otimizando o processo e protegendo o profissional (MILLEN, 2020). No Caso Clínico 7 (Ap. 0232085-23.2018.8.19.0001), a análise textual do prontuário se mostrou decisiva para o Tribunal, que concluiu que não houve erro médico no atendimento inicial, pois o registro detalhava o controle do quadro doloroso e a indicação de exames complementares, afastando a responsabilidade do plano de saúde e do hospital, e dispensando a perícia (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 12 (Ap. 0251327-02.2017.8.19.0001) demonstrou que, apesar de o juiz ter constatado a negligência (esquecimento de corpo estranho), a prova pericial foi prescindível. A documentação detalhada, incluindo relatórios e fotografias, foi tão robusta que permitiu ao juiz formar seu convencimento diretamente sobre o dano estético e moral e sobre a falha da equipe (MILLEN, 2020). No Caso Clínico 13 (Ap. 0002094-49.2015.8.19.0014), o juiz formou seu convencimento com base nos prontuários, sem necessitar de perícia, concluindo que as complicações apresentadas pela paciente eram compatíveis com seu quadro preexistente de diabetes e infecção urinária, e não com a medicação administrada, afastando o nexo causal (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 10 (Ap. 0174204-88.2018.8.19.0001) demonstrou que a comparação do prontuário com o laudo de necropsia foi imprescindível para refutar a alegação de erro médico (perfuração pulmonar), concluindo-se que a morte decorreu de complicações da doença (Choque Cardiogênico/Insuficiência Respiratória), o que se alinha à classificação de uma intercorrência médica não culposa (MILLEN, 2020). Assim concluímos que o impacto dos 14 Julgados na Gestão do Risco Médico-Legal. A análise dos 14 julgados confirma que a conformidade do prontuário com os requisitos de regularidade formal (legível, cronológico, completo, assinado e carimbado) é um dever ético que transcende o propósito assistencial, constituindo a prova fundamental que sustenta o parecer pericial e a defesa técnica em juízo (MILLEN, 2020). A fragilidade da documentação, observada na maioria dos casos (rasuras, ilegibilidade, incompletude), representa o principal ponto de vulnerabilidade do profissional de saúde no ambiente jurídico (MILLEN, 2020). A ausência completa de prontuário (Caso 2) inviabiliza a prova de ausência de culpa e transfere o foco do litígio para o dano moral pela perda da oportunidade de defesa (Teoria da Perda de Uma Chance) (MILLEN, 2020). A documentação que falha em registrar informações essenciais (Casos 4, 8, 9, 11), mesmo que parcial ou unilateral, é suficiente para configurar a Imperícia ou a Negligência, pois indica o descumprimento do dever de cautela e do padrão técnico esperado (ICON). A documentação completa e minuciosa (Casos 1, 5, 6, 7, 10, 13, 14) é a estratégia de defesa mais eficaz, pois permite

ao perito ou ao juiz diferenciar claramente o erro médico culposo da Iatrogenia e da Intercorrência médica. A presunção de veracidade inerente ao prontuário bem elaborado fortalece a tese defensiva, quebrando o nexo causal ou demonstrando que o profissional cumpriu sua obrigação de meio (MILLEN, 2020). A judicialização crescente exige que os profissionais implementem uma gestão documental crítica, sendo a adoção de prontuários eletrônicos com Certificação Digital ICP-Brasil (Nível de Garantia de Segurança 2) a recomendação fundamental para assegurar a integridade e a autenticidade dos dados, minimizando rasuras, extravios e adulterações que fragilizam a prova pericial e a defesa técnica (MILLEN, 2020). A análise detalhada dos julgados do TJRJ reitera o entendimento de que o prontuário médico é a prova documental insubstituível e o elemento central que sustenta o parecer pericial indireto e a convicção judicial na apuração da conduta profissional, transcendendo seu propósito meramente assistencial (MILLEN, 2020). Contudo, a síntese empírica desta pesquisa revela uma contradição crítica, pois a precariedade da documentação, manifestada por falhas de preenchimento, ilegibilidade, incompletude ou ausência total, constitui o principal fator de vulnerabilidade jurídica e contribuiu decisivamente para a condenação civil nos julgados analisados. Em contrapartida, o registro completo e fidedigno, dotado de presunção de veracidade, revela-se o instrumento fundamental para a defesa técnica, pois é o único meio seguro capaz de permitir ao perito e ao julgador diferenciar o erro médico culposo (negligência, imprudência ou imperícia) das excludentes de responsabilidade civil, como a iatrogenia ou a intercorrência médica (MILLEN, 2020). Diante da judicialização crescente, exige-se dos profissionais uma gestão documental crítica, sendo a adoção de prontuários eletrônicos com Certificação Digital ICP-Brasil no Nível de Garantia de Segurança 2 a recomendação fundamental para assegurar a integridade e autenticidade dos dados clínicos, fortalecendo a segurança jurídica e mitigando riscos em litígios (MILLEN, 2020).

3437

CONCLUSÃO

Este estudo, de natureza exploratória e método dedutivo, baseado na análise de 14 julgados proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) em 2020, confirma a tese central acerca do valor jurídico do prontuário (MILLEN, 2020). O prontuário, como documento único, legal, sigiloso e científico, é a prova documental insubstituível e o elemento mais relevante que fundamenta a perícia indireta e a convicção judicial na apuração da conduta profissional, transcendendo a sua finalidade meramente assistencial (MILLEN, 2020). A responsabilidade civil do médico, embora seja predominantemente de natureza subjetiva, exige a comprovação de culpa nas formas de negligência, imprudência ou imperícia (MILLEN, 2020). Contudo, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) permite a inversão do ônus da prova em favor do paciente, elevando o prontuário à condição de instrumento primário de proteção jurídica do profissional (MILLEN, 2020). A síntese empírica desta pesquisa revela, contudo, a vulnerabilidade documental da classe médica no contexto do litígio (MILLEN, 2020). A precariedade ou ausência de registros, manifestada por incompletude, ilegibilidade ou falhas de preenchimento, é o principal fator de risco jurídico, contribuindo decisivamente para a condenação civil nos casos analisados (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 2 (Perda de Prontuário) demonstrou a inviabilidade da perícia pela ausência documental, impedindo a determinação do

nexo causal (MILLEN, 2020). A negligência foi evidenciada no Caso Clínico 4 (Torção Testicular), onde a médica falhou no exame clínico e o prontuário unilateral foi desacolhido pelo Tribunal (MILLEN, 2020). Similarmente, o Caso Clínico 9 (Procedimento Cirúrgico Incorreto) resultou em condenação por negligência, pois o cirurgião falhou no dever de cautela ao confiar apenas na capa do prontuário (MILLEN, 2020). No Caso Clínico 11 (Insuficiência Renal Crônica), a condenação por negligência foi mantida devido à constatação de um prontuário carente de informações detalhadas sobre procedimentos e tratamento (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 8 (Alergia) resultou em condenação por imperícia ou descuido, devido à ausência de registro de alergia em campo obrigatório (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 12 (Corpo Estranho) provou negligência através de registros e fotos, permitindo ao juiz condenar sem perícia (MILLEN, 2020). Além disso, o próprio prontuário robusto no Caso Clínico 3 (Óbito Infantil) comprovou a imprudência pela administração de dose excessiva de morfina (MILLEN, 2020). Em contrapartida, a documentação completa e consistente constitui o instrumento técnico fundamental para a exoneração da responsabilidade civil subjetiva (MILLEN, 2020). O prontuário deve ser capaz de demonstrar o cumprimento da obrigação de meio pelo profissional (MILLEN, 2020). Mais crucialmente, permite ao julgador e ao perito a distinção técnica entre o erro médico culposos (imperícia, negligência ou imprudência) e as excludentes de responsabilidade (MILLEN, 2020), como a iatrogenia ou a intercorrência médica (MILLEN, 2020). Nos Casos Clínicos 1 e 5, a farta documentação permitiu ao perito atestar a adequação das condutas e quebrar o nexo causal alegado (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 14 (Diverticulite de Meckel) teve a negligência afastada, pois o prontuário corroborou o laudo pericial, provando que a complicação decorreu de uma condição congênita (MILLEN, 2020). Além disso, a documentação no Caso Clínico 6 (Paralisia Cerebral) foi crucial para demonstrar que a seqüela advinha de disfunção placentária (intercorrência clínica), e não de falha obstétrica (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 10 demonstrou que a comparação do prontuário com o laudo de necropsia foi imprescindível para refutar a alegação de perfuração pulmonar e concluir que o óbito decorreu de complicações da doença, classificando-se como intercorrência não culposa (MILLEN, 2020). A análise da jurisprudência revelou ainda que a robustez da prova documental pode, em certas circunstâncias, levar à dispensa da prova pericial, otimizando o processo judicial (MILLEN, 2020). Nos Casos Clínicos 7 (Carcinoma de Ovário) e 13 (Diabetes), a análise textual dos prontuários foi suficiente para o Tribunal formar convencimento, afastando a alegação de erro médico e julgando as demandas improcedentes (MILLEN, 2020). O Caso Clínico 12 (Corpo Estranho) reforçou esta prerrogativa ao demonstrar que a documentação detalhada, incluindo fotografias, era tão robusta que tornou a perícia prescindível para o juiz constatar a negligência (MILLEN, 2020). Essa capacidade de o prontuário atuar como prova autônoma, dotada de presunção de veracidade (MILLEN, 2020), reforça sua condição de elemento central e fidedigno na reconstrução da verdade dos fatos (MILLEN, 2020). Em face da judicialização crescente das relações de saúde (MILLEN, 2020) e da alta vulnerabilidade jurídica constatada pela precariedade dos registros nos 14 julgados (MILLEN, 2020), este estudo conclui que a implementação urgente de uma gestão documental crítica é imperativa (MILLEN, 2020). O desconhecimento das normas ético-legais pelos profissionais de saúde contribui significativamente para a judicialização (MILLEN, 2020). A recomendação fundamental para a segurança jurídica e blindagem técnica do ato médico é a adoção de prontuários eletrônicos que utilizem a Certificação Digital ICP-Brasil

(MILLEN, 2020). Este sistema deve operar, preferencialmente, no Nível de Garantia de Segurança 2 (MILLEN, 2020), pois é o único capaz de assegurar a integridade e a autenticidade dos dados clínicos, minimizando rasuras, extravios e adulterações que fragilizam a prova pericial e a defesa técnica em juízo (MILLEN, 2020).

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Código de Processo Civil*. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. *Código de Processo Civil*. Brasília, DF: Presidência da República, [2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 13 nov. 2025.

MILLEN, Manuela Marcatti Ventura de Camargo. *A importância do prontuário médico na apuração da responsabilidade civil do médico*. 2020. 170 f. Dissertação (Mestrado em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas) – Universidade Santa Cecília, Santos, 2020.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). *Atribuições do Superior Tribunal de Justiça (STJ)*. [S.l.: s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Institucional/Atribuicoes>. Acesso em: 13 nov. 2025.