RODRIGO MIZIARA YUNES

MANUAL DE DEFESA MÉDICA

Responsabilidade civil, penal e ética
Doutrina, jurisprudência e prática

- Estrutura completa da defesa médica
- Estratégias práticas no contencioso
- Análise doutrinária, jurisprudencial e ética

1ª EDIÇÃO
2026

MANUAL DE DEFESA MÉDICA

Responsabilidade civil, penal e ética — doutrina, jurisprudência e prática

RODRIGO MIZIARA YUNES

1ª Edição
2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Yunes, Rodrigo Miziara
Manual de defesa médica [livro eletrônico] : responsabilidade civil, penal e ética : doutrina, jurisprudência e prática / Rodrigo Miziara Yunes. -- São Paulo : Ed. do Autor, 2026.
PDF

ISBN 978-65-02-05436-9

1. Ética médica 2. Direito médico 3. Médicos - Responsabilidade profissional 4. Relação médico-paciente 5. Responsabilidade civil - Brasil I. Título.

26-352944.0 CDU-34:61(81)

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Médicos : Direito 34:61(81)

Livia Dias Vaz - Bibliotecária - CRB-8/9638

SUMÁRIO

1 FUNDAMENTOS E OBJETIVOS DA OBRA 12
1.1 Apresentação: Por Que Este Livro 12
1.2 Delimitação do Objeto 12
1.3 Relevância Prática: O Cenário Atual da Judicialização Médica 13
1.4 Metodologia Adotada 14
1.5 Estrutura da Obra 15
1.6 Contextualização: A Responsabilidade Médica no Ordenamento Jurídico Brasileiro 16
1.7 Destinatários e Modo de Uso 17
1.8 Uma Nota Sobre o Momento Atual 18

2 TEORIA GERAL DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA 20
2.1 Fundamentos Normativos 20
2.2 Elementos Estruturantes da Responsabilidade Civil Médica 21
2.2.1 Conduta 21
2.2.2 Dano 21
2.2.3 Nexo Causal 22
2.2.4 Culpa 23
2.3 A Distinção entre Obrigação de Meio e Obrigação de Resultado 23
2.4 Causas de Exclusão da Responsabilidade e Risco Inerente 25
2.5 A Responsabilidade Civil do Médico no Âmbito do SUS 25
2.6 Considerações Finais do Capítulo 27

3 APLICAÇÃO DA LEX ARTIS AD HOC NA ATIVIDADE MÉDICA 29
3.1 Conceito e Delimitação Terminológica 29
3.2 Evolução Histórica 30
3.3 Da Lex Artis à Lex Artis Ad Hoc: A Superação do Modelo Abstrato 32
3.4 Elementos de Identificação da Lex Artis na Prática Clínica 32
3.5 A Lex Artis Ad Hoc como Instrumento de Prova Pericial 34
3.6 Lex Artis Ad Hoc como Eixo da Defesa Técnica do Médico 35

4 TIPIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO ERRO MÉDICO 37
4.1 Introdução: O Fenômeno da Judicialização da Saúde e a Necessidade de Precisão Conceitual 37
4.2 Conceito Jurídico-Médico de Erro Médico 37
4.3 Distinção entre Erro Médico, Complicação, Intercorrência e Resultado Adverso Inevitável 39
4.4 A Teoria da Imputação Objetiva como Ferramenta de Análise 40
4.5 As Modalidades de Culpa Médica: Negligência, Imprudência e Imperícia 40
4.6 Critérios Técnicos de Identificação do Erro Médico 42
4.7 O Erro Médico Inescusável e a Medicina Defensiva 43
4.8 O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Risco Inerente 43
4.8.1 O Dever de Informação como Elemento da Lex Artis 43
4.8.2 Natureza Jurídica e Pressupostos de Validade do TCLE 44
4.8.3 O TCLE como Instrumento de Delimitação do Risco Inerente 46
4.8.4 Limites do TCLE: O que o Termo Não Protege 46
4.8.5 A Rejeição ao Blanket Consent e a Exigência de Individualização 47
4.8.6 A Negligência Informacional como Modalidade Autônoma de Responsabilidade Civil 48
4.8.7 Considerações Integradoras 49
4.9 Excludentes de Responsabilidade: Caso Fortuito, Força Maior e Fato de Terceiro 49
4.9.1 As Excludentes como Mecanismo de Ruptura do Nexo Causal 50
4.9.2 Fortuito Interno e Fortuito Externo: Uma Distinção Fundamental 50

4.9.3 Hipóteses Específicas no Contexto da Prática Médica 51
4.9.4 A Conduta do Paciente como Causa Excludente ou Atenuante 53
4.9.5 O Fato de Terceiro como Excludente 54
4.9.6 Identificação das Excludentes como Estratégia Defensiva 54

5 RESPONSABILIDADE ÉTICO-PROFISSIONAL DO MÉDICO: CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, RESOLUÇÕES E PROCESSO DISCIPLINAR 58

5.1 A Autonomia da Instância Ético-Profissional 58
5.2 O Marco Institucional: a Lei n.º 3.268/1957 e o Poder Disciplinar dos Conselhos 59
5.2.1 A Estrutura de Fiscalização: Conselho Federal, Conselhos Regionais e Comissões de Ética Médica 60
5.2.2 A Apuração Interna nos Estabelecimentos de Saúde 61
5.2.3 O Rigor Exigido do Médico Comunicado pela Comissão de Ética 62
5.3 O Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 2.217/2018) 63
5.3.1 Estrutura e natureza normativa 63
5.3.2 A tipicidade aberta das vedações deontológicas 63
5.3.3 Os dispositivos de maior incidência no contencioso disciplinar 64
5.4 As Resoluções do CFM como Fonte Normativa e Parâmetro de Lex Artis 64
5.4.1 Natureza jurídica e limites do poder normativo 64
5.4.2 Resoluções estruturantes para a prática e para a defesa 65
5.5 Sigilo Profissional e Proteção de Dados: a Intersecção entre o Código de Ética Médica e a LGPD 65
5.5.1 O sigilo como dever deontológico 65
5.5.2 Os dados de saúde como dados pessoais sensíveis 66
5.5.3 Hipóteses de tratamento e a vedação do compartilhamento com finalidade econômica 66
5.5.4 Incidentes de segurança, encarregado e repercussão ética 67
5.6 Publicidade Médica: a Resolução CFM n.º 2.336/2023 67
5.6.1 A distinção entre publicidade e propaganda 67
5.6.2 Identificação obrigatória e anúncio de qualificação 68
5.6.3 O uso da imagem do paciente e o requisito educativo 68
5.6.4 As vedações remanescentes 69
5.6.5 Redes sociais: a tríplice exposição 69
5.7 A Sindicância 70
5.7.1 Natureza e finalidade 70
5.7.2 Instauração e trâmite 70
5.7.3 O prazo de conclusão e os efeitos de sua superação 70
5.7.4 Desfechos possíveis e o Termo de Ajustamento de Conduta 71
5.8 O Processo Ético-Profissional 72
5.8.1 Instauração e delimitação da imputação 72
5.8.2 Defesa prévia, instrução e julgamento 72
5.8.3 As penalidades do art. 22 da Lei n.º 3.268/1957 72
5.8.4 Recursos 73
5.9 A Prescrição no Âmbito Ético-Disciplinar 73
5.10 A Independência das Instâncias e os Efeitos Cruzados 74
5.11 Considerações Finais do Capítulo 74

6 ESTRUTURAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) NA PRÁTICA MÉDICA 77

6.1 O TCLE como Pilar da Defesa Preventiva do Médico 77
6.2 Natureza Jurídica e Fundamentos Normativos 78
6.3 O TCLE como Processo Comunicativo Contínuo 79
6.4 Estrutura e Conteúdo Obrigatório do TCLE 80
6.4.1 Identificação das partes e do procedimento 80
6.4.2 Diagnóstico e indicação clínica 80
6.4.3 Descrição detalhada do procedimento 80

6.4.4 Alternativas terapêuticas 81
6.4.5 Riscos gerais e específicos 81
6.4.6 Fatores de mau prognóstico e condições preexistentes 81
6.4.7 Declaração de ciência e consentimento 82
6.4.8 Assinaturas, testemunhas e arquivamento 82
6.5 Limites e Natureza Jurídica do TCLE 82
6.6 O TCLE como Instrumento de Defesa Estratégica: Análise pelo Patrono 83
6.7 O TCLE em Situações Especiais 84
6.8 O TCLE na Perspectiva da Advocacia Preventiva 85

7 RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO: ANÁLISE DOS TIPOS PENAIS 88
7.1 Crimes Comuns no Contexto da Atividade Médica 88
7.1.1 Homicídio Culposo (art. 121, §3º, do CP) 89
7.1.2 Lesão Corporal Culposa (art. 129, §6º, do CP) 90
7.1.3 Omissão de Socorro (art. 135 do CP) 90
7.2 Crimes Próprios da Profissão Médica 91
7.2.1 Violação de Segredo Profissional (art. 154 do CP) 91
7.2.2 Omissão de Notificação de Doença (art. 269 do CP) 92
7.2.3 Exercício Ilegal da Medicina (art. 282 do CP) 92
7.2.4 Falsidade de Atestado Médico (art. 302 do CP) 93
7.3 Hipóteses Específicas: Estatuto da Criança e do Adolescente e Demais Legislações 94
7.4 Elementos Estruturais e Critérios de Imputação 94

8 A PROVA PERICIAL MÉDICA NA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL 98
8.1 A Centralidade da Prova Pericial no Contencioso Médico 98
8.2 Disciplina Normativa da Prova Pericial no CPC/2015 98
8.3 Requisitos e Estrutura do Laudo Pericial 99
8.4 A Livre Apreciação Motivada e os Limites da Vinculação ao Laudo 100
8.5 O Contraditório Técnico: Direitos das Partes no Procedimento Pericial 101
8.6 O Papel do Assistente Técnico na Defesa do Médico 102
8.7 A Prova Pericial nas Esferas Penal, Ético-Disciplinar e Civil 103
8.8 Obrigações Éticas do Médico Perito 104
8.9 Conclusão: A Prova Pericial como Eixo Estratégico da Defesa Médica 104

9 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE TÉCNICO NA DEFESA MÉDICA 107
9.1 Introdução: A Defesa Técnico-Jurídica Integrada 107
9.2 Natureza Jurídica e Distinção em Relação ao Perito Judicial 107
9.3 Fases e Instrumentos de Atuação do Assistente Técnico 108
9.3.1 Fase pré-processual 109
9.3.2 Fase processual — antes da perícia 109
9.3.3 Fase processual — durante o ato pericial 110
9.3.4 Fase processual — após o laudo 110
9.4 A Interface entre o Assistente Técnico e a Defesa Jurídica 111
9.5 A Especial Relevância na Fase de Sindicância e no Processo Ético-Disciplinar 112
9.6 O Assistente Técnico como Garantia do Contraditório Técnico e da Ampla Defesa 113

10 DOCUMENTAÇÃO MÉDICA COMO INSTRUMENTO DE DEFESA 116
10.1 A Virada Paradigmática: Da Formalidade Administrativa ao Instrumento Probatório 116
10.2 O Marco Normativo: A Resolução CFM n.º 2.381/2024 117
10.3 O Prontuário Médico: Principal Instrumento de Defesa 117
10.4 O Prontuário Eletrônico e a Intersecção com a LGPD 119
10.5 Os Demais Documentos Médicos e Suas Funções Probatórias 119
10.6 A Integridade Documental: Requisito de Validade e Boa-Fé 121
10.7 Acesso, Custódia e Prazo de Guarda 121

10.8 A Dupla Perspectiva da Documentação: Preventiva e Defensiva 122
10.9 A Documentação Médica no Contexto da Estratégia Defensiva Global 123

11 ESTRATÉGIAS DE DEFESA NO ÂMBITO DA RESPONSABILIDADE CIVIL 125
11.1 Premissa Fundamental: A Defesa é Técnica Antes de Ser Jurídica 125
11.2 A Reconstrução Cronológica: O Primeiro Ato da Defesa 125
11.3 A Construção da Narrativa Técnica: Lex Artis Ad Hoc Como Fundamento 127
11.4 A Impugnação do Nexo Causal e as Excludentes de Responsabilidade 128
11.5 A Qualificação Profissional do Médico Réu como Elemento Defensivo 129
11.6 A Desconstrução da Narrativa Adversa e dos Documentos do Autor 130
11.7 Pacientes Litigantes: A Investigação de Outros Processos e a Prova Emprestada 131
11.8 O Laudo Necroscópico nos Casos de Óbito: Uma Prova Indispensável 132
11.9 O Parecer Particular e os Pareceres de Colegas como Instrumentos Técnicos 133
11.10 O terceiro garantidor 134
11.11 A Prescrição na Responsabilidade Civil Médica: Prazos, Termos e a Importância da Verificação Prévia pelo Advogado 134
11.11.1 O Mapa Normativo: Três Regimes, Um Equívoco Frequente 135
11.11.2 O Termo Inicial: A Teoria da Actio Nata e Seus Desdobramentos 136
11.11.3 Causas de Suspensão e Interrupção: Fatores Que Modificam a Fluência 137
11.11.4 A Preliminar de Prescrição: Técnica, Momento e Consequências Estratégicas 138
11.11.5 O Papel Estratégico do Advogado: Verificação Prévia como Dever Técnico 139
11.12 A Prescrição na Responsabilidade Civil Médica: Fundamentos, Prazos e Estratégia Defensiva 140
11.12.1 Fundamentos e Relevância Processual da Prescrição 140
11.12.2 O Marco Normativo: Qual Prazo Prescricional Aplica-se ao Erro Médico? 141
11.12.3 O Termo Inicial: A Teoria da Actio Nata e o Princípio da Ciência Inequívoca do Dano 142
11.12.4 Causas Impeditivas, Suspensivas e Interruptivas da Prescrição: Atenção Obrigatória da Defesa 143
11.12.5 A Importância Estratégica da Análise Prescricional pelo Advogado da Defesa 144
11.13 Síntese: A Matriz da Defesa Médica de Excelência 145

12 ESTRATÉGIAS DE DEFESA NO ÂMBITO ÉTICO-PROFISSIONAL 148
12.1 Premissa: A Especificidade da Responsabilidade Ético-Profissional 148
12.2 O Marco Normativo: Código de Ética Médica e CPEP 148
12.3 Fases do Processo Ético-Profissional: Mapa Estratégico 149
12.3.1 A Sindicância: Fase Investigativa e Porta Estratégica 149
12.3.2 O Processo Ético-Profissional: Instrução, Defesa e Julgamento 150
12.4 O Duplo Fundamento da Defesa Ética: Lex Artis e Deontologia 151
12.5 O Domínio das Resoluções CFM Aplicáveis ao Caso Concreto 152
12.6 A Prova Pericial no Processo Ético-Disciplinar: Evolução e Status Atual 152
12.7 A Dimensão Documental na Defesa Ética: Prontuário como Eixo Probatório 153
12.8 Estratégias Específicas da Defesa Ética 154
12.9 A Independência das Instâncias e Seus Efeitos Cruzados 155
12.10 A Prescrição no Âmbito Ético-Disciplinar: Prazo, Termo Inicial e Arguição Perante o Conselho 156
12.10.1 O Regime Prescricional no Processo Ético-Profissional 156
12.10.2 Interrupção e Suspensão do Prazo Ético 157
12.10.3 A Independência da Prescrição Ética e Seus Efeitos Sobre a Estratégia 158
12.11 Conclusão: A Defesa Ética como Proteção da Honra Profissional 158

13 ESTRATÉGIAS DE DEFESA NO ÂMBITO PENAL 161
13.1 A Excepcionalidade do Direito Penal na Atividade Médica 161

13.2 A Estrutura do Crime Culposo Médico: Elementos que a Defesa Deve Desmontar 161
13.3 A Fase do Inquérito Policial: Oportunidade e Riscos 162
13.4 O Exame de Corpo de Delito e a Perícia Penal: Instrumento Obrigatório e Arma Defensiva 163
13.5 A Construção da Dúvida Razoável: Fundamento da Absolvição Penal 164
13.6 Análise do Tipo Penal Invocado: A Correspondência entre Conduta e Descrição Legal 166
13.7 A Resposta à Denúncia e o Rito Processual Penal 167
13.8 A Prova Pericial na Instrução Criminal: Quesitos Estratégicos e Parecer da Defesa 167
13.9 Perdão Judicial e Alternativas à Pena Privativa de Liberdade 168
13.10 A Absolvição Penal e Seus Efeitos nas Demais Esferas 168
13.11 A Prescrição na Esfera Penal Médica: Prazos, Modalidades e a Verificação pelo Advogado 169
13.12.1 O Regime da Prescrição Penal: Art. 109 do Código Penal 169
13.12.2 Modalidades de Prescrição Penal: Pretensão Punitiva e Executória 170
13.12.3 Causas de Interrupção e o Papel Estratégico do Advogado 170
13.12 Conclusão: O Ônus da Prova da Acusação como Fundamento da Defesa Penal 171

14 INTERFACES ENTRE AS ESFERAS CIVIL, PENAL E ÉTICA NA RESPONSABILIDADE MÉDICA 174
14.1 Introdução: A Tridimensionalidade da Responsabilidade Médica 174
14.2 A Responsabilidade Civil Médica: Reparação do Dano 174
14.3 A Responsabilidade Penal Médica: Culpa, Tipicidade e Limites 175
14.4 A Responsabilidade Ético-Profissional: O Processo Perante os Conselhos de Medicina 176
14.5 O Princípio da Independência das Instâncias e Seus Fundamentos 177
14.6 Os Efeitos Cruzados das Decisões: Comunicabilidade e Vinculação 178
14.6.1 Efeitos da Sentença Penal Condenatória na Esfera Civil 178
14.6.2 Efeitos da Sentença Penal Absolutória na Esfera Civil 178
14.6.3 Efeitos sobre a Esfera Ético-Profissional 179
14.7 A Prescrição nas Diferentes Instâncias 179
14.8 Estratégias Integradas de Defesa 180
14.9 Conclusão 181

15 RESPONSABILIDADE MÉDICA EM CIRURGIAS ESTÉTICAS 184
15.1 Introdução e Distinções Conceituais 184
15.2 Natureza Jurídica da Obrigação Médica: Meio versus Resultado 184
15.3 O Dever de Informação e o Consentimento Livre e Esclarecido 185
15.4 A Presunção de Culpa e a Inversão do Ônus da Prova 186
15.5 O Paradigma do Julgamento do REsp 2.173.636/MT 187
15.6 Causas Excludentes de Responsabilidade 188
15.7 Responsabilidade de Clínicas, Hospitais e Planos de Saúde 189
15.8 Dimensão Ética e Deontológica 189
15.9 Conclusão 189

16 RESPONSABILIDADE CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA DA SAÚDE 192
16.1 Introdução: A Pluralidade de Sujeitos na Relação Assistencial 192
16.2 Responsabilidade Civil dos Hospitais e Clínicas Privadas 192
16.2.1 O Regime Jurídico Aplicável: CDC e Código Civil 192
16.2.2 A Distinção Entre Ato Hospitalar Próprio e Ato Técnico-Médico 193
16.2.3 O Papel do Vínculo Jurídico Entre Médico e Hospital 193
16.2.4 Excludentes de Responsabilidade Hospitalar 194
16.3 Responsabilidade Civil das Operadoras de Planos de Saúde 195
16.3.1 O Marco Regulatório: Lei nº 9.656/1998 e CDC 195
16.3.2 Responsabilidade Solidária por Erros de Credenciados 195

16.3.3 Responsabilidade pela Recusa Indevida de Cobertura 196
16.3.4 O Conturbado Debate sobre o Rol da ANS: Taxatividade e Taxatividade Mitigada 196
16.4 Responsabilidade Civil do Estado em Serviços de Saúde 197
16.4.1 Fundamento Constitucional: art. 37, § 6º, da Constituição Federal 197
16.4.2 A Teoria do Risco Administrativo e Suas Excludentes 198
16.4.3 Responsabilidade Estatal por Atos Omissivos 198
16.4.4 O SUS, Hospitais Conveniados e a Legitimidade Passiva 199
16.4.5 A Ação Regressiva do Estado Contra o Agente Causador 199
16.5 Quadro Comparativo dos Regimes de Responsabilidade 200
16.6 Conclusão 200

17 SOBRE O AUTOR 202

ÍNDICE REMISSIVO 204

CAPÍTULO 1
FUNDAMENTOS E OBJETIVOS DA OBRA

Delimitação do objeto, relevância prática, metodologia adotada e contextualização da responsabilidade médica no ordenamento jurídico brasileiro.

1.1 Apresentação: Por Que Este Livro

A medicina é uma das profissões humanas mais antigas, mais complexas e, ao mesmo tempo, mais expostas ao escrutínio jurídico. Nenhuma outra atividade envolve, de forma tão direta e cotidiana, a tensão entre o saber técnico e os limites do que é humanamente possível. O médico age sobre um organismo vivo, sujeito a variáveis incontroláveis, movido por protocolo, mas também por julgamento — e, quase sempre, sob pressão de tempo, de recursos e de expectativas que nem sempre correspondem à realidade clínica.

Essa condição peculiar faz com que a responsabilidade médica seja um dos temas mais relevantes, mais debatidos e, paradoxalmente, mais mal compreendidos do direito brasileiro contemporâneo. De um lado, pacientes e familiares que sofreram danos reais buscam amparo jurídico em um sistema que, muitas vezes, não compreende a dimensão técnica dos fatos. De outro, profissionais que agiram com diligência, competência e ética se veem submetidos a processos civis, inquéritos penais e sindicâncias éticas simultâneas, sem dispor das ferramentas necessárias para sua defesa adequada.

Este livro nasce dessa tensão. Sua proposta é clara: oferecer ao advogado, ao médico e ao estudioso do direito uma obra de referência completa, tecnicamente rigorosa e metodologicamente organizada sobre a defesa médica na responsabilidade profissional — abrangendo, de forma integrada, as dimensões civil, penal e ética da questão. Não é uma obra de acusação nem de exaltação acrítica da classe médica. É, antes de tudo, uma obra de equilíbrio: reconhece os direitos do paciente como valor fundamental do sistema, e, ao mesmo tempo, afirma que a proteção desses direitos não se faz pela criminalização indiscriminada do exercício médico, mas pela compreensão criteriosa dos fatos à luz da técnica, da lei e da jurisprudência.

1.2 Delimitação do Objeto

O objeto desta obra é a responsabilidade médica em sua acepção mais ampla — não apenas como fenômeno jurídico abstrato, mas como realidade concreta que se manifesta nas três instâncias pelas quais o profissional de saúde pode ser chamado a responder: a civil, a penal e a ético-profissional.

Na esfera civil, o objeto central é o dever de reparar danos causados ao paciente em decorrência de conduta culposa do profissional ou de falhas na prestação de serviços de saúde pelas instituições envolvidas. A análise abrange desde os fundamentos dogmáticos da responsabilidade subjetiva e objetiva, passando pela distinção entre obrigação de meio e obrigação de resultado, até os regimes específicos aplicáveis a hospitais, operadoras de planos de saúde e ao Estado.

Na esfera penal, o objeto é a tipificação de condutas médicas como crimes — notadamente o homicídio culposo, a lesão corporal culposa e a omissão de socorro — , os limites da responsabilização criminal do profissional de saúde, a indispensabilidade da prova pericial e as estratégias processuais adequadas à defesa no inquérito e na ação penal.

Na esfera ético-profissional, o objeto é o processo que tramita perante os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Medicina, os princípios do Código de Ética Médica, as sanções aplicáveis — da advertência à cassação do exercício profissional — e a autonomia dessa esfera em relação às demais, com os pontos precisos de comunicação e vinculação entre elas.

Além dessas três dimensões, a obra confere atenção especial a temas transversais de elevada aplicação prática: a lex artis ad hoc como padrão objetivo de avaliação da conduta médica; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como instrumento central de defesa e de proteção da autonomia do paciente; a prova pericial como eixo técnico do processo; a atuação do assistente técnico na defesa do profissional; e a documentação médica — especialmente o prontuário — como prova privilegiada em todas as instâncias.

1.3 Relevância Prática: O Cenário Atual da Judicialização Médica

A relevância desta obra não é apenas acadêmica — é urgente e prática. O Brasil vivencia, nas últimas décadas, um processo acelerado de judicialização da medicina que impõe ao profissional de saúde desafios sem precedentes históricos. As

ações de responsabilidade médica crescem em ritmo constante nos tribunais estaduais e no Superior Tribunal de Justiça, envolvendo pedidos de indenização que frequentemente ultrapassam as fronteiras do razoável, e processos que, pela sua própria natureza, demandam anos de tramitação com impacto devastador sobre a vida profissional, a saúde psicológica e o patrimônio do médico.

Esse fenômeno tem causas múltiplas. A consolidação do Código de Defesa do Consumidor como instrumento aplicável às relações médico-paciente ampliou significativamente o acesso ao Judiciário e inverteu, em determinadas hipóteses, o ônus da prova, favorecendo a propositura de demandas. A construção jurisprudencial que atribuiu às cirurgias estéticas a natureza de obrigação de resultado criou um regime de presunção de culpa que exige do profissional postura defensiva permanente. A expansão do Ministério Público e dos mecanismos de controle externo multiplicou as frentes de exposição do médico. E a intensificação das expectativas dos pacientes — frequentemente alimentadas por promessas publicitárias e pelo advento de redes sociais que disseminam resultados idealizados — transformou o insucesso terapêutico, que é inerente à medicina, em fato potencialmente litigioso.

Nesse cenário, o médico que não conhece os fundamentos da sua responsabilidade legal, que não documenta adequadamente a sua prática, que não compreende o funcionamento das instâncias às quais está submetido e que não sabe como organizar a sua defesa torna-se vulnerável de forma desnecessária. Da mesma forma, o advogado que não compreende a lógica técnica do ato médico, a distinção entre erro e resultado ruim, os parâmetros da lex artis e o funcionamento da prova pericial dificilmente conduzirá uma defesa eficaz. Esta obra foi escrita para ambos.

1.4 Metodologia Adotada

A metodologia desta obra combina análise doutrinária, exame jurisprudencial sistematizado e perspectiva prático-aplicada. Cada capítulo parte dos fundamentos normativos — Código Civil, Código Penal, Código de Defesa do Consumidor, Constituição Federal e legislação específica — , avança pela construção doutrinária consolidada e pelos debates ainda em aberto, e ancora suas conclusões na jurisprudência atual do Superior Tribunal de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos principais tribunais estaduais.

A jurisprudência não é utilizada apenas como elemento ilustrativo. Ela é tratada como fonte primária de compreensão do direito vivo — aquele que efetivamente condiciona o resultado dos processos, orienta as decisões dos juízes e define os riscos concretos aos quais o profissional está exposto. Acórdãos paradigmáticos são analisados em detalhe, identificando-se a ratio decidendi, os critérios adotados e as consequências práticas do entendimento fixado.

As referências bibliográficas seguem as normas da ABNT, e a citação das fontes ao longo do texto obedece ao sistema autor-data, em conformidade com a NBR 10520. Ao final de cada capítulo, são apresentadas as referências utilizadas, permitindo ao leitor o aprofundamento em cada tema conforme seu interesse específico.

A linguagem adotada é técnica, mas acessível. Busca-se a precisão jurídica sem o hermetismo desnecessário que frequentemente afasta o médico — destinatário igualmente privilegiado desta obra — da compreensão das questões que diretamente afetam sua vida profissional.

1.5 Estrutura da Obra

O livro está organizado em dezessete capítulos, distribuídos em três grandes eixos temáticos que se comunicam e se complementam ao longo de toda a obra.

O primeiro eixo, composto pelos Capítulos 2 a 7, trata dos fundamentos substantivos da responsabilidade médica. O Capítulo 2 expõe a teoria geral da responsabilidade civil médica, com análise dos elementos estruturantes — conduta, dano, nexo causal e culpa — e da distinção entre obrigação de meio e de resultado. O Capítulo 3 aprofunda o estudo da lex artis ad hoc como padrão objetivo de avaliação da conduta médica, conceito central para qualquer análise de responsabilidade. O Capítulo 4 trata da tipificação e caracterização do erro médico, distinguindo o erro propriamente dito da intercorrência clínica, do resultado adverso inevitável e do acidente imprevisível. O Capítulo 5 examina a responsabilidade ético-profissional do médico, com análise do Código de Ética Médica, das resoluções do Conselho Federal de Medicina, da intersecção entre o dever de sigilo e a proteção de dados, do regime da publicidade médica e da estrutura da sindicância e do processo ético-profissional. O Capítulo 6 dedica-se ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, examinando sua estrutura, seus requisitos jurídicos e seus efeitos sobre a distribuição de

responsabilidades. O Capítulo 7 analisa a responsabilidade penal do médico, com exame dos tipos penais mais relevantes e dos critérios que condicionam a configuração e a exclusão do crime.

O segundo eixo, formado pelos Capítulos 8 a 13, tem caráter instrumental e estratégico: trata das ferramentas e dos caminhos da defesa médica em cada esfera de responsabilidade. O Capítulo 8 examina a prova pericial médica como eixo técnico do processo. O Capítulo 9 trata da atuação do assistente técnico na defesa do profissional. O Capítulo 10 analisa a documentação médica — com ênfase no prontuário — como instrumento de defesa. Os Capítulos 11, 12 e 13 desenvolvem, respectivamente, as estratégias de defesa no âmbito civil, ético-profissional e penal, com abordagem sistemática e orientada à prática forense.

O terceiro eixo, composto pelos Capítulos 14 a 16, trata de temas especializados de alta relevância contemporânea. O Capítulo 14 analisa as interfaces entre as esferas civil, penal e ética, com exame dos efeitos cruzados das decisões entre instâncias e das estratégias de defesa integrada. O Capítulo 15 dedica-se à responsabilidade médica em cirurgias estéticas, com análise do regime de obrigação de resultado, da presunção de culpa e do papel do consentimento informado. O Capítulo 16 examina a responsabilidade civil das pessoas jurídicas — hospitais, operadoras de planos de saúde e o Estado — , com identificação dos diferentes regimes jurídicos aplicáveis e dos critérios de imputação reconhecidos pela jurisprudência. Por fim, o Capítulo 17 revela uma breve biografia do autor.

1.6 Contextualização: A Responsabilidade Médica no Ordenamento Jurídico Brasileiro

A responsabilidade médica no Brasil é regida por um conjunto normativo plural e estratificado, que não se organiza em torno de um código específico, mas exige a articulação sistemática de diversas fontes. O art. 951 do Código Civil de 2002 trata especificamente da responsabilidade do profissional que, no exercício de sua atividade, cause dano por negligência, imprudência ou imperícia. Os arts. 186 e 927 estabelecem a cláusula geral da responsabilidade civil por ato ilícito. O art. 14, caput e § 4º, do Código de Defesa do Consumidor define o regime das relações de consumo em saúde, confirmando a natureza subjetiva da responsabilidade do profissional liberal e a objetiva das instituições prestadoras de serviço. O art. 37, § 6º, da

Constituição Federal de 1988 fundamenta a responsabilidade objetiva do Estado pelos danos causados por seus agentes no exercício de funções públicas, incluindo as de natureza médica. Os arts. 121, § 3º, e 129, § 6º, do Código Penal tipificam o homicídio culposo e a lesão corporal culposa — tipos que mais frequentemente envolvem a conduta médica na esfera criminal.

A esse conjunto legislativo somam-se as normas deontológicas emanadas do Conselho Federal de Medicina, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018 e o Código de Processo Ético-Profissional regulado pela Resolução CFM nº 2.145/2016, que definem os deveres éticos do profissional e os procedimentos pelos quais serão apuradas suas infrações deontológicas.

A jurisprudência, nesse campo, desempenha papel constitutivo — e não apenas interpretativo. Foi a construção jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça que estabeleceu a presunção de culpa nas cirurgias estéticas, que delimitou os critérios de responsabilidade solidária entre hospitais e operadoras, que reconheceu o dano moral in re ipsa na recusa indevida de cobertura pelos planos de saúde e que fixou os parâmetros de avaliação do nexo causal em casos de complexidade técnica. Compreender essa jurisprudência com profundidade é condição indispensável para atuar com eficácia na defesa médica.

1.7 Destinatários e Modo de Uso

Esta obra foi concebida para múltiplos destinatários. Para o advogado que atua na defesa de profissionais de saúde ou na representação de pacientes lesados, ela oferece fundamentos doutrinários sólidos, mapeamento jurisprudencial atualizado e orientações estratégicas para cada fase do litígio. Para o médico que deseja compreender sua própria exposição jurídica e aprimorar sua prática sob o prisma da prevenção de litígios, ela oferece linguagem acessível, exemplos concretos e instrumentos práticos de proteção documental e contratual. Para o estudante de Direito ou de Medicina que busca uma obra de referência sobre o tema, ela oferece rigor acadêmico, estrutura didática e atualização bibliográfica e jurisprudencial.

A leitura pode ser linear — do primeiro ao último capítulo, seguindo a progressão temática planejada — ou modular, consultando-se diretamente o capítulo pertinente à questão específica de interesse. Os capítulos foram redigidos de forma a

serem, tanto quanto possível, autoexplicativos, com remissões internas às seções correlatas quando necessário para a compreensão integral do tema.

1.8 Uma Nota Sobre o Momento Atual

Esta obra é publicada em um momento de particular relevância para o direito médico brasileiro. O julgamento do REsp 2.173.636/MT pelo STJ em dezembro de 2024 reafirmou e aprimorou os critérios da presunção de culpa nas cirurgias estéticas. O STF encerrou em 2025 o longo debate sobre o rol taxativo da ANS, com efeito vinculante. A inteligência artificial começa a ser introduzida nos diagnósticos e tratamentos, trazendo questões inéditas sobre responsabilidade que ainda não encontraram resposta consolidada no ordenamento. E o número de ações contra profissionais de saúde segue em trajetória ascendente, pressionando o sistema judiciário e impondo ao médico um ambiente de prática que demanda, mais do que nunca, conhecimento jurídico e disciplina documental.

É nesse contexto que esta obra se insere — não como resposta definitiva a questões em permanente evolução, mas como instrumento sólido de orientação para quem, no exercício da medicina ou na sua defesa jurídica, precisa navegar com segurança por esse campo em que a técnica médica e o direito se encontram, se tensionam e, quando bem compreendidos, se complementam.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1940.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.145, de 22 de julho de 2016. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional. Brasília: CFM, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018.

DINIZ, Maria Helena. Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 2020. v. 7.

FRANÇA, Genival Veloso de. Direito Médico. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito civil brasileiro: responsabilidade civil. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2019. v. 4.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade civil do médico. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 2.173.636/MT. Relatora: Ministra Maria Isabel Gallotti. 4ª Turma. Julgado em 10 dez. 2024. DJEN: 18 dez. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.265. Relator: Ministro Luís Roberto Barroso. Julgado em 18 set. 2025.

CAPÍTULO 2
TEORIA GERAL DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

A responsabilidade civil médica insere-se no campo mais complexo da teoria geral da responsabilidade civil, notadamente em razão da natureza peculiar da atividade médica, marcada pela incerteza biológica, pela variabilidade de respostas terapêuticas e pela impossibilidade de controle absoluto dos resultados clínicos. Diferentemente de outras áreas do direito obrigacional, a medicina não se orienta por resultados previamente garantidos, mas pela adequada utilização dos meios técnicos disponíveis, o que impõe ao julgador uma análise qualificada da conduta profissional à luz das circunstâncias concretas do caso (LEGALE, 2026). Essa especificidade distingue a responsabilidade médica de qualquer outro campo obrigacional e exige que o intérprete do direito compreenda, antes de qualquer análise jurídica, os contornos técnicos da atividade em questão.

2.1 Fundamentos Normativos

A responsabilidade civil, em sua formulação clássica, encontra fundamento nos arts. 186 e 927 do Código Civil, segundo os quais aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, causar dano a outrem, comete ato ilícito, surgindo daí o dever de reparação. No âmbito médico, tais dispositivos devem ser interpretados de forma sistemática, considerando as peculiaridades da atividade clínica e a impossibilidade de garantia absoluta de resultado (BRASIL, 2002; CORREIA-LIMA, 2012). O art. 951 do Código Civil trata especificamente da responsabilidade profissional, estabelecendo que a indenização é devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho.

No âmbito das relações médico-paciente, a incidência do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/1990) introduz importante elemento normativo, especialmente ao prever, em seu art. 14, a responsabilidade do fornecedor de serviços pelos danos causados aos consumidores. Contudo, o §4º do mesmo dispositivo consagra expressamente que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante verificação de culpa, afastando a responsabilidade objetiva e preservando a natureza subjetiva da responsabilidade médica individual (BRASIL,

1990; CASTRO, 2015). Essa opção legislativa reflete o reconhecimento da complexidade técnica do ato médico e da impossibilidade de imputar responsabilidade automática ao profissional pela simples ocorrência de dano.

Cumpre assinalar que a doutrina distingue entre responsabilidade contratual e extracontratual na atividade médica. A maior parte da relação médico-paciente tem natureza contratual — configurando o denominado contrato de prestação de serviços médicos — , submetendo-se primariamente aos arts. 389 e seguintes do Código Civil, embora a distinção prática entre os regimes seja minimizada pelo tratamento uniforme conferido pelo Código Civil de 2002 (GONÇALVES, 2019). A responsabilidade extracontratual incide nas hipóteses em que não há vínculo contratual prévio, como no atendimento de emergência ou nas relações mediadas pelo sistema público de saúde.

2.2 Elementos Estruturantes da Responsabilidade Civil Médica

A correta compreensão da responsabilidade civil médica exige a análise de seus elementos estruturantes: conduta, dano, nexo causal e culpa. Trata-se de construção dogmática consolidada no direito civil brasileiro, aplicável integralmente à atividade médica, ainda que com adaptações decorrentes de sua natureza técnica (CORREIA-LIMA, 2012). A ausência de qualquer desses elementos é suficiente para afastar o dever de indenizar.

2.2.1 Conduta

A conduta corresponde ao comportamento humano voluntário, podendo se manifestar tanto por ação quanto por omissão, conforme expressamente previsto no art. 186 do Código Civil. No âmbito médico, pode consistir na realização de procedimento, na escolha terapêutica inadequada ou na ausência de atuação quando esta era tecnicamente exigida. A análise da conduta deve ser feita à luz da lex artis, isto é, dos padrões técnicos e científicos vigentes à época dos fatos, e não retroativamente com base em critérios mais modernos (BRASIL, 2002; LEGALE, 2026). Conforme adverte Cavalieri Filho (2020), o médico não pode ser responsabilizado por não adotar conduta que não era reconhecida como adequada na comunidade científica ao tempo do tratamento.

2.2.2 Dano

O dano representa a lesão a um bem juridicamente tutelado, podendo assumir natureza material, moral ou estética. No contexto da responsabilidade médica, o dano pode consistir em agravamento do estado clínico, lesão funcional, incapacidade temporária ou permanente, ou até o óbito do paciente. Nos termos dos arts. 948, 949 e 950 do Código Civil, o ordenamento jurídico estabelece critérios específicos para a reparação de danos decorrentes de lesão à integridade física ou à vida, abrangendo despesas de tratamento, lucros cessantes, pensão por incapacidade e reparação por danos morais (BRASIL, 2002; CORREIA-LIMA, 2012).

Merece destaque a categoria do dano estético, que a jurisprudência brasileira reconhece como espécie autônoma, distinta do dano moral. O Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 387, estabelecendo que é lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral. Segundo o STJ, a cumulação é admitida quando, embora decorrentes do mesmo fato, os danos são passíveis de identificação em separado (STJ, REsp 659.715/RJ, Rel. Min. Jorge Scartezzini). No campo médico, essa distinção é particularmente relevante em casos de cicatrizes deformantes, amputações indevidas ou sequelas visíveis decorrentes de erro cirúrgico.

2.2.3 Nexo Causal

O nexo causal constitui o elemento de ligação entre a conduta e o dano, sendo imprescindível para a configuração da responsabilidade civil. O art. 403 do Código Civil estabelece que a indenização abrange apenas os prejuízos diretos e imediatos decorrentes do inadimplemento. No campo médico, a aferição do nexo causal é especialmente complexa diante da multiplicidade de fatores que podem influenciar a evolução clínica do paciente — comorbidades preexistentes, fatores genéticos, resposta imunológica individual e intercorrências imprevisíveis (BRASIL, 2002; LIMA; CORDEIRO, 2025).

A doutrina civilista adota, como regra geral, a teoria da causalidade adequada, segundo a qual somente é causa juridicamente relevante o antecedente fático abstratamente adequado à produção do resultado danoso, segundo o curso normal dos acontecimentos (CAVALIERI FILHO, 2020). Essa teoria, desenvolvida originalmente pelo fisiologista alemão Von Kries, permite ao magistrado filtrar as múltiplas condições que concorrem para o resultado, selecionando aquela que,

segundo um juízo de probabilidade e adequação, guarda relação direta com o dano (RBMT, 2024). No contexto médico, isso significa que complicações clinicamente esperadas para o quadro do paciente — mesmo quando agravadas pela intervenção — não estabelecem, por si sós, nexo causal com a conduta do profissional, exigindo-se prova de que foi a conduta inadequada, e não a evolução natural da doença, a causa eficiente do dano (MODELOINICIAL, 2025).

Sergio Cavalieri Filho (2020) conceitua as concausas como circunstâncias que concorrem para o agravamento do dano, mas que não têm a virtude de excluir o nexo causal desencadeado pela conduta principal, nem de, por si sós, produzir o dano. Na prática judicial, o rompimento do nexo causal ocorre quando um fato superveniente — como a conduta exclusiva do próprio paciente ou de terceiros — interrompe a relação de causa e efeito entre a conduta médica inicial e o dano, afastando integralmente a responsabilidade do profissional.

2.2.4 Culpa

A culpa, elemento subjetivo da responsabilidade médica, manifesta-se nas modalidades de negligência, imprudência e imperícia, conforme previsto nos arts. 186 e 951 do Código Civil. A negligência corresponde à omissão de conduta esperada; a imprudência, à ação precipitada ou sem cautela; e a imperícia, à ausência de conhecimento técnico adequado para a prática do ato (BRASIL, 2002; REIS, 2023). A doutrina ressalva que, na prática, a distinção entre essas modalidades nem sempre é clara — e que condutas atribuídas à imperícia são muitas vezes, na realidade, formas de imprudência ou negligência (REVISTAFT, 2024).

A culpa médica é, em regra, aferida in concreto, comparando-se a conduta do profissional com o padrão de comportamento esperado de um médico medianamente diligente, prudente e competente nas mesmas circunstâncias. Genival Veloso de França (2021) aponta como causas frequentes de litígios médicos: diagnóstico superficial ou tardio, cirurgias prematuras, omissão de tratamento, erros em transfusões ou anestesias, uso de métodos ultrapassados, prescrições equivocadas, abandono do paciente e falhas no pós-operatório. A análise casuística dos julgados do Superior Tribunal de Justiça demonstra que a Corte exige demonstração rigorosa da culpa, vedando a responsabilização automática por insucesso terapêutico (LIMA; CORDEIRO, 2025).

2.3 A Distinção entre Obrigação de Meio e Obrigação de Resultado

A distinção entre obrigação de meio e obrigação de resultado assume papel central na responsabilidade civil médica, condicionando tanto o ônus da prova quanto o regime de responsabilização aplicável. A ideia de dividir as obrigações nessas duas categorias foi sistematizada por René Demogue em sua obra Traité des obligations en général, publicada em 1931 (ÂMBITO JURÍDICO, s.d.), e foi amplamente recepcionada pela doutrina e jurisprudência brasileiras.

A atividade médica, como regra, configura obrigação de meio, na qual o profissional se compromete a empregar todos os recursos disponíveis com diligência e técnica, sem garantir o resultado final. Nas obrigações de meio, cabe ao paciente demonstrar a culpa do médico, comprovando que o profissional não adotou a conduta tecnicamente esperada (CARVALHO; CHWEIH, s.d.). A caracterização da obrigação de meio na atividade médica decorre da própria impossibilidade de controle absoluto sobre o organismo humano, sendo juridicamente inadequado exigir do profissional a garantia de cura — afinal, a atividade médica está sujeita ao acaso, ao imprevisível comportamento da fisiologia humana e às variações individuais de resposta terapêutica (MIGALHAS, 2023).

Excepcionalmente, admite-se a obrigação de resultado em hipóteses específicas, notadamente nas cirurgias plásticas estéticas. Nessas situações, há uma expectativa objetiva de transformação corporal, e o paciente — que em regra se encontra em bom estado de saúde — busca resultado estético determinado. Para Diniz (2020), nos procedimentos de cirurgia plástica estética o profissional assume uma obrigação de resultado, posto que a expectativa do paciente é uma mudança visível e específica. No mesmo sentido, Gonçalves (2019) e Cavalieri Filho (2020) sustentam que, nessa hipótese, a frustração do objetivo contratual gera presunção de culpa, cabendo ao médico provar que a falha decorreu de fatores alheios à sua atuação.

O Superior Tribunal de Justiça consolidou esse entendimento em reiterados precedentes. No REsp 1.731.316/SP, a Corte assentou que, em procedimentos voltados à cirurgia estética, o médico assume obrigação de resultado e não apenas de meio, sendo de sua responsabilidade o resultado operatório, com inversão do ônus da prova (STJ, REsp 1.731.316/SP). Já no REsp 1.097.955/MG, a Ministra Nancy Andrighi estabeleceu importante distinção: nas cirurgias de natureza mista — estética

e reparadora — , a responsabilidade deve ser analisada de forma fracionada, sendo de resultado quanto à parcela estética e de meio quanto à parcela reparadora (STJ, REsp 1.097.955/MG, j. 27/09/2011).

É digno de nota que parte da doutrina critica a adoção irrestrita da obrigação de resultado nas cirurgias estéticas, argumentando que, mesmo nessa hipótese, a atividade médica permanece sujeita a variáveis biológicas incontroláveis, e que reconhecer a obrigação de resultado implica responsabilizar o profissional por eventos clinicamente inevitáveis (MIGALHAS, 2023). Esse debate, ainda em aberto, reforça a necessidade de análise casuística e prudente ponderação das circunstâncias concretas.

2.4 Causas de Exclusão da Responsabilidade e Risco Inerente

A ausência de qualquer dos elementos da responsabilidade civil — especialmente do nexo causal ou da culpa — impede a configuração do dever de indenizar. O CDC, em seu art. 14, §3º, prevê expressamente hipóteses de exclusão da responsabilidade do fornecedor de serviços, aplicáveis ao contexto médico: a inexistência de defeito na prestação do serviço; a culpa exclusiva do consumidor; e a culpa exclusiva de terceiro (BRASIL, 1990; LIMA; CORDEIRO, 2025).

A atividade médica envolve riscos inerentes, denominados iatrogenias, que decorrem da própria natureza da intervenção clínica e não caracterizam ato ilícito. Nessas hipóteses, não há violação do art. 186 do Código Civil, desde que a conduta tenha sido pautada pela observância da lex artis e que o paciente tenha sido previamente informado dos riscos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2002; LEGALE, 2026). A distinção entre iatrogenia e erro médico é, portanto, fundamental: a primeira é consequência inerente e previsível da intervenção, que mesmo corretamente realizada pode produzir efeitos adversos; o segundo decorre de conduta culposa do profissional.

Ademais, as forças maiores e os casos fortuitos externos — eventos imprevisíveis e inevitáveis, alheios à atividade do profissional — excluem igualmente a responsabilidade civil, rompendo o nexo causal entre a conduta médica e o dano sofrido pelo paciente.

2.5 A Responsabilidade Civil do Médico no Âmbito do SUS

A análise da responsabilidade civil médica sofre relevante modificação quando o ato é praticado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de entidades prestadoras de serviço público de saúde. Nesses casos, incide a responsabilidade civil objetiva do Estado, nos termos do art. 37, §6º, da Constituição Federal, sendo a conduta do médico imputada ao ente estatal ou à pessoa jurídica de direito privado prestadora do serviço público (BRASIL, 1988).

O Supremo Tribunal Federal fixou a tese, no julgamento do RE 1.027.633 (Tema 940 de repercussão geral), com a seguinte redação: “A teor do disposto no art. 37, §6º, da Constituição Federal, a ação por danos causados por agente público deve ser ajuizada contra o Estado ou a pessoa jurídica de direito privado prestadora de serviço público, sendo parte ilegítima para a ação o autor do ato, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.”

Esse entendimento, baseado na denominada Teoria da Dupla Garantia — que protege tanto o cidadão lesado, garantindo-lhe a responsabilidade objetiva do Estado, quanto o agente público, impedindo que seja diretamente demandado — , tem sido amplamente aplicado pelos tribunais estaduais em casos de erro médico praticado no âmbito do SUS (JUSBRASIL, 2025). A consequência prática é que o médico que atua como agente público não possui legitimidade passiva para figurar diretamente em ações indenizatórias propostas pelo paciente; eventual responsabilização pessoal somente poderá ocorrer em ação regressiva promovida pelo Estado, desde que demonstrados dolo ou culpa (CAMPOS & SOTTILE, 2019).

Um ponto de atenção relevante apontado pela jurisprudência diz respeito às entidades privadas conveniadas ao SUS. O STJ já assentou que hospitais privados com natureza jurídica de direito privado, mesmo quando integram a rede do SUS por meio de contrato, não se sujeitam ao Tema 940, razão pela qual seus médicos podem figurar legitimamente no polo passivo de ações indenizatórias movidas por pacientes (JUSBRASIL, 2025). Nesses casos, aplica-se o CDC e a responsabilidade subjetiva do profissional liberal, nos termos do art. 14, §4º.

Nesse cenário, revela-se imperativo que o patrono do médico reconheça essas distinções e, diante de eventual inclusão indevida do profissional em demanda relativa a ato praticado no âmbito do serviço público, suscite a tese de ilegitimidade passiva como medida técnica de defesa. Tal estratégia constitui importante mecanismo de

proteção jurídica do médico, evitando sua exposição indevida e assegurando a correta aplicação do regime constitucional de responsabilidade civil.

Cumpre ressaltar que a exclusão da responsabilidade civil direta não afasta outras formas de responsabilização do médico, que permanece sujeito às esferas ética, administrativa e penal, conforme as circunstâncias do caso concreto.

2.6 Considerações Finais do Capítulo

A responsabilidade civil médica deve ser analisada de forma global e integrada, considerando-se todos os elementos que compõem a atuação profissional. A correta aplicação dos conceitos de conduta, dano, nexo causal e culpa, aliada à distinção entre obrigação de meio e de resultado, é essencial para garantir equilíbrio entre a proteção do paciente e a preservação da autonomia técnica do médico (CORREIA-LIMA, 2012). O ordenamento jurídico brasileiro, ao adotar a responsabilidade subjetiva como regra na atividade médica, reconhece implicitamente que a medicina não é uma ciência exata: o médico não é segurador do resultado terapêutico, mas sim o responsável pela diligente condução do processo de cuidado, dentro dos limites do conhecimento científico disponível em sua época.

REFERÊNCIAS

ÂMBITO JURÍDICO. Responsabilidade civil do médico: cirurgia plástica estética. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-civil/responsabilidade-civil-do-medico-cirurgia-plastica-estetica. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Código Civil (Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002). Brasília: Presidência da República, 2002.

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990). Brasília: Presidência da República, 1990.

CAMPOS & SOTTILE ADVOGADOS. Ilegitimidade passiva do médico na qualidade de agente público. 2019. Disponível em: https://www.camposesottile.com.br/decisao/34. Acesso em: 12 abr. 2026.

CARVALHO, Robert Carlon de; CHWEIH, Samira Zeinedin. A atividade médica é de meio ou de resultado. [s.l.: s.n., s.d.].

CASTRO, Danilo Fadel de. A não incidência da responsabilidade civil médica e o CDC. São Paulo: [s.n.], 2015.

CAVALIERI FILHO, Sergio. Programa de responsabilidade civil. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. Erro médico e responsabilidade civil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

DINIZ, Maria Helena. Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 2020. v. 7.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Responsabilidade civil. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

JUSBRASIL. A responsabilidade civil do Estado em relação à atuação do médico no SUS. 2025. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-responsabilidade-civil-do-estado-em-relacao-a-atuacao-do-medico-no-sus/5093477069. Acesso em: 12 abr. 2026.

LEGALE. Responsabilidade civil médica: culpa e análise da conduta. 2026. Disponível em: https://legale.com.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

LIMA, Nicole Pessoa; CORDEIRO, Yuri Santos. Responsabilidade civil por erro médico: culpa, dolo ou risco da profissão. Revista Foco, v. 18, n. 11, 2025.

MEDICOS PERITOS. O nexo causal na responsabilidade médica. Disponível em: https://www.medicosperitos.com.br/artigos/48/O-nexo-causal-na-responsabilidade-medica. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIGALHAS. Equívoco referente à responsabilidade em cirurgia plástica estética. Migalhas de Responsabilidade Civil, maio 2023. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-responsabilidade-civil/385671. Acesso em: 12 abr. 2026.

RBMT — REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO. Determinação de nexo causal na medicina do trabalho e na perícia judicial: referências e critérios. Disponível em: https://www.rbmt.org.br/details/1603. Acesso em: 12 abr. 2026.

REIS, Mariana Costa. Entenda a diferença entre negligência, imprudência e imperícia. Aurum, 2023. Disponível em: https://www.aurum.com.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

REVISTAFT. A responsabilidade civil por erro médico e suas implicações penais. Disponível em: https://revistaft.com.br/a-responsabilidade-civil-por-erro-medico-e-suas-implicacoes-penais. Acesso em: 12 abr. 2026.

STF — SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RE 1.027.633, Rel. Min. Marco Aurélio. Tema 940 — Responsabilidade civil subjetiva do agente público por danos causados a terceiros no exercício de atividade pública. Julgado em: 14 ago. 2019. DJe: 6 dez. 2019.

STJ — SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. REsp 1.097.955/MG, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 27 set. 2011.

STJ — SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. REsp 1.731.316/SP. Responsabilidade em cirurgia plástica estética: obrigação de resultado.

STJ — SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Súmula n.º 387. É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral. Segunda Seção, j. 26 ago. 2009. DJe: 1 set. 2009.

CAPÍTULO 3
APLICAÇÃO DA LEX ARTIS AD HOC NA ATIVIDADE MÉDICA

3.1 Conceito e Delimitação Terminológica

A expressão lex artis tem origem no latim e pode ser traduzida literalmente como “lei da arte” ou “regra da técnica”, sendo utilizada no âmbito jurídico para designar o conjunto de normas, critérios e padrões técnicos que regem o exercício de determinada atividade profissional. No contexto da medicina, a lex artis corresponde ao referencial técnico-científico que orienta a conduta do médico, servindo como parâmetro para avaliar se o ato profissional foi realizado de forma adequada, diligente e conforme os conhecimentos disponíveis à época dos fatos. Trata-se de um conceito dinâmico e evolutivo, cuja compreensão exige análise histórica e contextual da própria evolução da medicina e do direito (GUAYCURUS, 2017).

A definição mais precisa e influente do conceito no direito comparado foi formulada pelo civilista espanhol Luis Martínez-Calcerrada, que a caracterizou como “el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina — ciencia o arte médica — que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia en otros factores endógenos — estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria — para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida” (apud CONTEÚDO JURÍDICO, 2019). Essa formulação evidencia o caráter contextual e individualizado da avaliação técnica do ato médico, que não pode ser reduzido a um padrão abstrato e uniforme.

No direito brasileiro, Gilberto Baumann de Lima sustenta que a medicina possui procedimentos reconhecidamente seguros e corretos, compatíveis com ocorrências semelhantes, e que essa realidade está plenamente aberta ao Direito para fins de análise da culpa — sem que isso implique invasão indevida da seara técnica pelo operador jurídico (apud CONTEÚDO JURÍDICO, 2019). A lex artis representa, assim, a ponte entre o saber médico e o critério jurídico de avaliação da conduta profissional.

No cenário internacional, Varsi-Rospigliosi (2025) sublinha que a lex artis ad hoc constitui o parâmetro de diligência exigível nas obrigações de meio assumidas pelos profissionais de saúde, tendo a tomada de decisões clínicas como elemento

central de sua aplicação, baseada em diagnóstico estabelecido por meio de provas e hipóteses encaminhadas à confirmação ou descarte. Em síntese, a lex artis representa o critério técnico-jurídico fundamental para a aferição da correção do ato médico, permitindo distinguir a atuação adequada daquela que configura desvio técnico ou falha profissional (GUAYCURUS, 2017).

3.2 Evolução Histórica

A origem da lex artis remonta à tradição clássica da medicina hipocrática, em que o exercício da profissão era orientado por princípios éticos e morais, notadamente o dever de não causar dano ao paciente — primum non nocere — e de atuar em seu benefício. Como leciona a Faculdade de Medicina da AFYA (2025), o ideal central de Hipócrates era que os médicos sempre deveriam ter como objetivo principal fazer o melhor possível para seus pacientes, sem lhes causar danos adicionais. Nesse período, não havia ainda uma sistematização técnico-jurídica da conduta médica, mas já se delineava a ideia de que o profissional deveria agir conforme padrões reconhecidos pela prática, sendo responsabilizado quando se afastasse desses parâmetros. A noção de erro médico, ainda embrionária, estava diretamente vinculada ao descumprimento desses deveres éticos (GUAYCURUS, 2017).

No direito antigo, o Código de Hamurabi (c. 1772 a.C.) constitui o primeiro documento histórico a tratar sistematicamente do erro médico. Como leciona Miguel Kfouri Neto (apud JUSBRASIL, 2023), os arts. 215 e seguintes do Código estabeleciam compensações pelas operações difíceis e previam penas severas para o médico que causasse dano ao paciente — incluindo a amputação das mãos em casos de morte ou lesão grave (JUSBRASIL, 2023). Esse regime era fundado em critérios objetivos e punitivos, desvinculados de qualquer análise técnica da conduta: a responsabilidade decorria do resultado, não da culpa (SEMANAACADEMICA, 2013).

Com a evolução do direito romano, especialmente por meio da Lex Aquilia de damno, passou-se a reconhecer a necessidade de estabelecer um nexo entre a conduta do agente e o dano causado, introduzindo a noção de culpa como fundamento da responsabilidade e convertendo a sanção de pessoal para patrimonial. Conforme Gonçalves (2012), é na Lex Aquilia que se esboça um princípio geral regulador da reparação do dano, embora ainda sem a sistematização dos modelos modernos. No

âmbito específico da medicina, o direito romano previa também a Lex Cornelia, que estabelecia delitos relacionados à prática médica, e foi nesse período que se iniciou a distinção entre o médico e o curandeiro sem formação (JUSBRASIL, 2023).

Durante a Idade Média e o período moderno, a medicina permaneceu fortemente vinculada a valores religiosos e à autoridade do médico, sendo raros os questionamentos acerca de sua atuação técnica. A responsabilidade profissional era limitada, e a avaliação da conduta médica não se pautava por critérios técnicos rigorosos, mas por aspectos morais e sociais. Nesse período, o médico era equiparado, em sua relação com o sigilo, ao padre católico do confessionário, evidenciando a dimensão deontológica que já naquele tempo cercava a profissão (GUAYCURUS, 2017). Apenas com o avanço científico e o desenvolvimento das universidades médicas, especialmente a partir do século XIII, iniciou-se a construção de parâmetros técnicos mais objetivos, incluindo a diferenciação entre falhas decorrentes de negligência, imprudência e imperícia e aquelas oriundas da precariedade natural da medicina da época (LIVRARIADOADVOGADO, s.d.).

Foi no século XIX, com a consolidação da medicina como ciência, que a lex artis passou a assumir contornos mais definidos. O avanço da anatomia, da fisiologia, da microbiologia e das técnicas cirúrgicas permitiu a criação de protocolos e padrões de conduta mais estruturados, possibilitando a avaliação objetiva da atuação médica. Em 1829, na França, foi proclamada expressamente a responsabilidade ética e moral dos médicos, marco que inaugurou o reconhecimento formal da profissão como sujeita a julgamento técnico e jurídico (LIVRARIADOADVOGADO, s.d.). A partir de então, a lex artis consolidou-se como o conjunto de regras técnicas que orientam o exercício da medicina, sendo sua violação elemento central para a caracterização do erro médico.

No século XX, com o desenvolvimento da responsabilidade civil moderna e a consolidação dos sistemas jurídicos contemporâneos, a lex artis foi incorporada como critério jurídico de aferição da culpa médica. Nesse período, o padrão de conduta do “médico médio” — considerando o estado da ciência à época dos fatos — tornou-se a referência para a avaliação da atuação profissional (CORREIA-LIMA, 2012). O modelo abstrato do bonus pater familias, antes utilizado genericamente como parâmetro de diligência, foi substituído por um critério especializado: o do médico

ordinariamente diligente, prudente e tecnicamente competente para aquela especialidade e circunstância.

3.3 Da Lex Artis à Lex Artis Ad Hoc: A Superação do Modelo Abstrato

A evolução mais recente do conceito levou ao desenvolvimento da chamada lex artis ad hoc, que representa uma superação do modelo abstrato e uniforme. Nesse novo paradigma, a avaliação da conduta médica passa a considerar as circunstâncias concretas do caso, incluindo as condições do paciente, o ambiente de atendimento, os recursos disponíveis, a especialidade envolvida e as intercorrências inerentes à prática médica. Trata-se de uma abordagem mais sofisticada, que reconhece a variabilidade da medicina e a impossibilidade de padronização absoluta da conduta profissional (VARSI-ROSPIGLIOSI, 2025).

Segundo a formulação do Tribunal Supremo espanhol, nas paradigmáticas sentenças de 11 de março de 1991 e de 23 de março de 1993, a lex artis ad hoc exige que se tomem em conta as especiais características do autor do ato, da profissão, da complexidade e transcendência vital do caso e, quando for o caso, da influência de fatores endógenos — estado e intervenção do enfermo, de seus familiares, ou da própria organização sanitária — para qualificar se o ato médico está ou não conforme com a técnica normal requerida (LEGALTODAY, 2020). Essa formulação, amplamente recepcionada pela doutrina brasileiro-lusitana, evidencia que o padrão técnico é sempre relativo às condições concretas, e não uma exigência de perfeição ou de resultado ideal.

A lex artis ad hoc, portanto, não se limita à verificação do cumprimento de protocolos institucionais ou diretrizes clínicas. Esses instrumentos constituem uma das fontes de identificação do padrão técnico exigível, mas não o esgotam. A ausência de um protocolo rígido não isenta o profissional do dever de agir com o cuidado adequado; tampouco a aderência formal a um protocolo exclui automaticamente a responsabilidade, se as circunstâncias concretas exigiam conduta distinta. Como ressaltam as decisões do Superior Tribunal de Justiça analisadas por Mascarello e Bertoglio (2019), o cuidado médico deve ser individualizado, e o julgamento de adequação técnica exige sempre uma ponderação das circunstâncias, e não uma comparação abstrata com ideais de perfeição. A responsabilidade surge apenas

quando há desvio injustificado dos padrões técnicos e da diligência exigida no caso concreto (GUAYCURUS, 2017).

3.4 Elementos de Identificação da Lex Artis na Prática Clínica

A identificação da observância da lex artis exige análise integrada de diversos elementos da prática médica, os quais, individualmente considerados, podem ser objeto de apreciação pericial em eventual processo judicial ou ético-disciplinar.

Anamnese e exame físico. A anamnese adequada constitui o primeiro passo do raciocínio clínico, sendo indispensável para a formulação de hipóteses diagnósticas consistentes. A coleta incompleta ou superficial de informações pode comprometer toda a condução do caso, configurando falha técnica relevante. O exame físico completo e direcionado representa o segundo pilar da boa prática: sua ausência ou realização inadequada pode caracterizar negligência, especialmente quando sinais clínicos relevantes deixam de ser identificados, comprometendo o diagnóstico e a terapêutica subsequente.

Indicação e interpretação de exames complementares. A solicitação de exames deve ser coerente com as hipóteses diagnósticas formuladas, evitando tanto a omissão relevante quanto o excesso injustificado. A má interpretação dos resultados de exames pode configurar imperícia, sobretudo quando compromete a tomada de decisão clínica ou induz conduta inadequada.

Registro em prontuário. O registro adequado em prontuário constitui não apenas dever ético, mas também instrumento técnico e jurídico de primeira ordem. O art. 87 do Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 2.217/2018) exige que o prontuário contenha os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, preenchido em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico (BARROS JÚNIOR, 2019; CFM, 2018). A ilegibilidade ou incompletude do prontuário prejudica diretamente a defesa do profissional, pois, como observa Weber (2010, apud ACADEMIA MÉDICA, s.d.), o prontuário bem preenchido pode ser a única saída capaz de absolver o médico de uma condenação judicial. Em sentido inverso, prontuários lacunosos, ilegíveis ou extemporaneamente preenchidos criam presunção desfavorável ao profissional nos processos de apuração de responsabilidade.

Coerência entre diagnóstico e tratamento. A escolha terapêutica deve estar alinhada com o quadro clínico e com os conhecimentos científicos vigentes, sendo

vedada a adoção de condutas sem respaldo técnico, salvo em situações excepcionais devidamente justificadas. Conforme assinala Correia-Lima (2012), o emprego de métodos ultrapassados ou a omissão de condutas tecnicamente indicadas constitui desvio da lex artis, independentemente do resultado obtido.

Individualização do cuidado. A lex artis exige a consideração da individualidade do paciente, especialmente em casos complexos — pacientes terminais, portadores de múltiplas comorbidades, idosos, crianças ou atendimentos em situação de urgência. Nesses contextos, a conduta médica deve ser avaliada com base nas condições reais de atendimento, e não em parâmetros ideais abstratos. A exigência de conduta tecnicamente perfeita em ambiente de pronto-socorro com recursos limitados não corresponde ao critério da lex artis ad hoc, que demanda apenas a conduta adequada para as circunstâncias concretas.

Atualização científica e protocolos clínicos. A lex artis é dinâmica: seu conteúdo se renova continuamente com os avanços da medicina. Como pondera a doutrina da EMERJ (2017), a lex artis não é imutável nem única, devendo ser conciliada com a liberdade de método e a abertura para novas técnicas que tenham mínima aceitação na comunidade científica. O médico tem liberdade para adotar tratamento ou protocolo desde que haja fundamentação técnica e que a conduta seja compatível com os padrões vigentes. A adesão às diretrizes clínicas institucionais é, na prática, a demonstração mais imediata de que o profissional aplicou a obrigação de meios conforme a lex artis, minimizando significativamente qualquer responsabilidade por má prática (SCIELO MÉXICO, 2022).

3.5 A Lex Artis Ad Hoc como Instrumento de Prova Pericial

A verificação da observância ou violação da lex artis ad hoc é eminentemente técnica, não cabendo ao juiz — sem apoio em prova especializada — concluir pela adequação ou inadequação da conduta médica. Por essa razão, a prova pericial assume papel central nos processos que apuram responsabilidade médica: os peritos comparam o que foi realizado com o que faria outro profissional médio nas mesmas circunstâncias, avaliando não o resultado, mas o processo clínico (MIOTROSEGURO, 2024). A infração da lex artis não se presume e requer prova pericial que evidencie que a atuação foi tecnicamente inadequada em relação ao padrão exigível, considerando a formação e especialidade do profissional, a urgência e complexidade

do caso, os protocolos vigentes e os meios disponíveis no centro de saúde (MIOTROSEGURO, 2024).

Nesse contexto, a documentação clínica — prontuário, laudos, exames, registros de procedimentos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — torna-se o substrato material da perícia. Prontuários incompletos, ausência de consentimento informado ou laudos mal elaborados comprometem a apuração dos fatos e, frequentemente, desfavorecem o profissional perante o perito judicial e o julgador (REVISTAFT, 2024). Ao contrário, uma documentação completa, cronológica e tecnicamente fundamentada permite ao perito reconstruir o ato médico com precisão e emitir laudo favorável ao profissional que agiu dentro dos padrões esperados.

3.6 Lex Artis Ad Hoc como Eixo da Defesa Técnica do Médico

Por fim, o reconhecimento e a correta compreensão da lex artis ad hoc, tanto pelo médico quanto por seu patrono constituído, revelam-se de fundamental importância para a adequada estruturação da defesa técnica no âmbito da responsabilidade profissional. A análise da conduta médica, quando orientada por esse critério, permite a reconstrução integral do ato médico de forma lógica, cronológica e tecnicamente coerente, evidenciando que as decisões clínicas foram adotadas em conformidade com os conhecimentos científicos disponíveis, com as circunstâncias do caso concreto e com a individualidade do paciente.

A utilização da lex artis ad hoc como eixo estruturante da defesa possibilita afastar conclusões simplistas baseadas exclusivamente no resultado adverso, demonstrando, de maneira fundamentada, a inexistência de desvio técnico ou de conduta culposa. Em síntese, a lex artis evoluiu de um conceito ético-moral para um critério técnico-jurídico sofisticado, consolidando um modelo que reconhece a complexidade da medicina e permite uma análise mais justa e precisa da responsabilidade profissional, ao distinguir o erro médico propriamente dito dos resultados adversos inerentes à prática clínica (GUAYCURUS, 2017).

REFERÊNCIAS

ACADEMIA MÉDICA. A importância do preenchimento adequado do prontuário médico. Disponível em: https://academiamedica.com.br/blog/a-importancia-do-preenchimento-adequado-do-prontuario-medico. Acesso em: 12 abr. 2026.

AFYA — FACULDADE DE MEDICINA. Juramento de Hipócrates na Medicina: saiba como funciona. 2025. Disponível em: https://facamedicina.afya.com.br/blog/juramento-de-hipocrates-na-medicina. Acesso em: 12 abr. 2026.

BARROS JÚNIOR, Edmilson de Almeida. Código de Ética Médica comentado e interpretado: Resolução CFM 2.217/2018. Timburi: Cia do eBook, 2019.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, 1 nov. 2018.

CONTEÚDO JURÍDICO. Responsabilidade penal do profissional da saúde: tipo de injusto imprudente e a lex artis. Disponível em: https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/41719. Acesso em: 12 abr. 2026.

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. Erro médico e responsabilidade civil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

EMERJ — ESCOLA DA MAGISTRATURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. A responsabilidade penal do médico no exercício de sua atividade profissional. Rio de Janeiro: EMERJ, 2017.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Responsabilidade civil. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

GUAYCURUS, Thania Verginia. A influência da lex artis como fator determinante da responsabilidade penal por erro médico. Rio de Janeiro: EMERJ, 2017.

JUSBRASIL. Responsabilidade civil do médico. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/artigos/responsabilidade-civil-do-medico/192596133. Acesso em: 12 abr. 2026.

LEGALTODAY. Lex artis ad hoc y su aplicación a la praxis médica: análisis crítico. 2020. Disponível em: https://www.legaltoday.com/opinion/articulos-de-opinion/lex-artis-ad-hoc-y-su-aplicacion-a-la-praxis-medica-analisis-critico-2014-08-04/. Acesso em: 12 abr. 2026.

LIVRARIADOADVOGADO. Manual de Direito Médico. Porto Alegre: Livraria do Advogado, [s.d.].

MASCARELLO, Jéssica; BERTOGLIO, Camila. Responsabilidade penal do médico em caso de negligência médica. Revista FT, 2019. Disponível em: https://revistaft.com.br/responsabilidade-penal-do-medico-em-caso-de-negligencia-medica/. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIOTROSEGURO. ¿Qué es exactamente la lex artis ad hoc en la medicina? 2024. Disponível em: https://www.miotroseguro.com/preguntas/seguros/rc-medica/conceptos-lex-artis. Acesso em: 12 abr. 2026.

REVISTAFT. A responsabilidade civil por erro médico e suas implicações penais. Disponível em: https://revistaft.com.br/a-responsabilidade-civil-por-erro-medico-e-suas-implicacoes-penais. Acesso em: 12 abr. 2026.

SCIELO MÉXICO. Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. Cirugía y Cirujanos, v. 90, n. 6, 2022. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132022000600439. Acesso em: 12 abr. 2026.

SEMANAACADEMICA. Responsabilidade civil do médico. 2013. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/rcdomedico.pdf. Acesso em: 12 abr. 2026.

VARSI-ROSPIGLIOSI, Enrique. Lex artis ad hoc applied in the field of healthcare. Legal Developments, 2025.

CAPÍTULO 4
TIPIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO ERRO MÉDICO

4.1 Introdução: O Fenômeno da Judicialização da Saúde e a Necessidade de Precisão Conceitual

A tipificação do erro médico constitui etapa essencial para a adequada aplicação da responsabilidade civil na prática médica, especialmente diante do fenômeno contemporâneo da judicialização da saúde. O cenário brasileiro é expressivo: segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o número de processos judiciais envolvendo supostos erros médicos saltou 506% entre 2023 e 2024, passando de 12.268 para 74.358 casos no período. (JUSBRASIL DOUTRINA, 2023). Atualmente, estima-se que cerca de 7% dos profissionais da medicina em atividade respondam a processos indenizatórios (JUSBRASIL DOUTRINA, 2023).

Esse crescimento expressivo, entretanto, não reflete necessariamente uma elevação equivalente de erros efetivamente cometidos. Como alerta Vera Lúcia Raposo (apud JUSBRASIL DOUTRINA, 2023), o efeito adverso não se confunde com o erro médico e, muito menos, com a falta médica. Observa-se, no cenário atual, uma tendência de ampliação indevida do conceito de erro médico, frequentemente utilizado como sinônimo de qualquer desfecho clínico desfavorável, o que compromete a segurança jurídica e distorce os critérios técnicos de responsabilização. Entre os efeitos colaterais desse fenômeno destaca-se a chamada medicina defensiva: diante do receio de questionamentos judiciais, profissionais passam a solicitar exames e procedimentos adicionais como forma de resguardo, elevando custos e tornando o atendimento mais burocrático, sem necessariamente beneficiar o paciente (CNJ, 2025).

A correta delimitação do conceito de erro médico não é, portanto, exercício meramente acadêmico: é pressuposto indispensável para a justa aplicação do direito, para a proteção do paciente que verdadeiramente sofreu dano decorrente de conduta inadequada e, igualmente, para a preservação do médico que agiu conforme os padrões técnicos exigíveis e cujo insucesso terapêutico não pode ser convertido em ilícito civil.

4.2 Conceito Jurídico-Médico de Erro Médico

Sob a perspectiva jurídico-médica, o erro médico deve ser compreendido como a conduta profissional inadequada, comissiva ou omissiva, praticada em desacordo com a lex artis, e que, associada à presença de culpa, dano e nexo causal, gera o dever de indenizar. Dessa forma, afasta-se a equivocada associação entre erro médico e simples insucesso terapêutico, uma vez que a medicina não é ciência exata nem atividade de resultado (BRASIL, 2002; FRANÇA, 2020).

A doutrina consolidada de Gomes e França define o erro médico como “a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência” (apud JUSBRASIL, 2023). Essa definição é de fundamental importância porque delimita três pressupostos cumulativos: (a) conduta inadequada, identificada pela violação da lex artis; (b) inobservância técnica, ou seja, afastamento do padrão de cuidado exigível; e (c) resultado danoso à vida ou à saúde do paciente. A ausência de qualquer desses elementos é suficiente para afastar a caracterização do erro médico e, consequentemente, o dever de indenizar.

Miguel Kfouri Neto, por sua vez, ensina que “não é propriamente o erro de diagnóstico que incumbe ao juiz examinar, mas sim se o médico teve culpa no modo pelo qual procedeu ao diagnóstico, se recorreu ou não a todos os meios a seu alcance para a investigação do mal, desde as preliminares auscultações até os exames radiológicos e laboratoriais, bem como se à doença diagnosticada foram aplicados os remédios e tratamentos indicados pela ciência e pela prática” (apud JUSBRASIL, 2023). Essa perspectiva aparta definitivamente o erro de diagnóstico, que por si só não configura imperícia, do erro decorrente de falha no processo diagnóstico — no modo como o médico conduziu a investigação — que sim pode configurar responsabilidade (MPSP, 2006).

Ainda conforme o entendimento jurisprudencial pacificado no STJ (REsp 1.190.278, Rel. Min. Benedito Gonçalves, j. 17/12/2010), a responsabilização do profissional liberal em caso de erro médico somente ocorrerá caso seja cabalmente demonstrado que o mesmo agiu com negligência, imprudência ou imperícia, não bastando a simples alegação de falha em determinado tratamento ou intervenção cirúrgica, pois lançando-se mão de todas as providências e cuidados a seu alcance, o médico não pode responder por resultados imprevisíveis (JUSBRASIL, 2023).

4.3 Distinção entre Erro Médico, Complicação, Intercorrência e Resultado Adverso Inevitável

A distinção entre erro médico, complicação, intercorrência e resultado adverso inevitável é fundamental para a correta análise técnico-pericial e jurídica. A confusão entre esses conceitos é uma das principais causas de demandas judiciais infundadas e de condenações injustas, razão pela qual a doutrina especializada os delimita com cuidado.

Erro médico pressupõe violação do dever objetivo de cuidado, caracterizando atuação incompatível com os padrões técnicos aceitos pela comunidade científica à época dos fatos. Trata-se da conduta que se afasta da lex artis ad hoc, seja por ação descuidada, omissão relevante ou falta de conhecimento técnico adequado para o ato praticado. O resultado adverso não se presume provocado por culpa: incumbe à vítima demonstrar concretamente a imperícia, imprudência ou negligência (MPSP, 2006).

Complicação médica consiste em evento adverso previsível, inerente ao procedimento, que pode ocorrer mesmo quando a conduta médica é tecnicamente correta. Trata-se de risco conhecido da prática médica, que não configura erro quando adequadamente manejado e previamente informado ao paciente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (GARCIA, 2020; LEGALE, 2026). Como pondera a doutrina, uma infecção, uma hemorragia imprevista ou uma rejeição anatômica são eventos que podem acontecer mesmo quando a técnica cirúrgica é executada com perfeição, e atribuir responsabilidade objetiva ao médico por uma intercorrência biológica seria inviabilizar o exercício da medicina. O STJ, no REsp 1.442.438, reconheceu que o descontentamento com resultado decorrente de complicações inerentes às condições do próprio paciente não gera direito indenizatório (JUSBRASIL, 2025).

Intercorrência clínica corresponde a evento superveniente, inesperado ou não diretamente relacionado à conduta inicial, que pode surgir durante o tratamento. A intercorrência médica é o ato superveniente ao fato ocorrido, ou seja, o que aconteceu e que não era previsível, como o paciente que toma o medicamento uma vez sem que nada ocorra e, tomando pela segunda vez, tem reação adversa. Ainda que a intercorrência exija resposta técnica adequada, não implica, por si só, erro médico — embora o manejo inadequado da intercorrência, quando tecnicamente exigível resposta diversa, possa configurar conduta culposa autônoma.

Resultado adverso inevitável decorre do chamado risco inerente ou risco permitido, conceito central na delimitação da responsabilidade médica. A medicina envolve riscos intrínsecos que são juridicamente tolerados — as denominadas iatrogenias — , desde que o profissional atue conforme a lex artis. A responsabilização, nesse contexto, somente ocorre quando há extrapolação desse risco permitido. Nem todo resultado negativo é erro médico; complicações iatrogênicas (danos esperados do próprio tratamento) ou evolução da doença não geram dever de indenizar se a conduta foi correta.

4.4 A Teoria da Imputação Objetiva como Ferramenta de Análise

A teoria da imputação objetiva, desenvolvida por Claus Roxin, fornece importante ferramenta de análise para a delimitação do erro médico juridicamente relevante. Segundo Roxin, “o resultado só pode ser imputado ao agente quando sua conduta cria um risco proibido, esse risco se concretiza no resultado, e o resultado está dentro do âmbito de proteção da norma violada” (BERTOL ADVOGADOS, 2025). Assim, não há responsabilização quando o resultado decorre de risco permitido, ainda que desfavorável ao paciente.

A teoria determina que não há imputação objetiva quando o risco criado é permitido, devendo o agente responder apenas se criou ou incrementou um risco proibido relevante. No contexto médico, isso significa que o médico que realiza uma cirurgia de alto risco seguindo rigorosamente todos os protocolos, obtendo resultado fatal em razão das condições clínicas do próprio paciente, não criou risco proibido — apenas realizou atividade dentro do risco permitido pela lex artis. A responsabilidade surge quando o profissional, ao desviar-se dos padrões técnicos, incrementa o risco além do que é tolerado pelo ordenamento e pelo estado da arte médica.

Rogério Sanches Cunha sistematiza os requisitos cumulativos da imputação objetiva: (i) criação ou incremento de risco proibido; (ii) realização do risco no resultado — ou seja, o resultado deve ser consequência direta do risco criado/incrementado, e não de outro risco superveniente; e (iii) o resultado deve se encontrar dentro do âmbito de proteção da norma violada (ESTRATÉGIA CARREIRA JURÍDICA, 2024). A ausência de qualquer desses requisitos afasta a imputação ao médico, mesmo diante de resultado adverso.

4.5 As Modalidades de Culpa Médica: Negligência, Imprudência e Imperícia

As modalidades clássicas de culpa médica — negligência, imprudência e imperícia — representam as manifestações da culpa em sentido estrito, previstas nos arts. 186 e 951 do Código Civil, e constituem o elemento subjetivo da responsabilidade civil do profissional.

A negligência caracteriza-se pela omissão do dever de cuidado esperado do profissional: o médico deixa de fazer o que deveria fazer. Exemplos incluem a ausência de monitoramento adequado do paciente no pós-operatório, a não realização de exames indicados pelo quadro clínico, o abandono de paciente em estado crítico e o não registro de intercorrências em prontuário. O STJ, no julgamento de caso envolvendo obstetra, manteve condenação pelo fato de o profissional ter deixado de fazer as anotações das intercorrências e dos procedimentos adotados na folha de evolução do parto — conduta que revelou negligência e imperícia simultâneas (STJ, notícia de jul. 2021).

A imprudência refere-se à atuação precipitada ou sem cautela: o médico faz o que não deveria fazer, ou faz de maneira descuidada. Configura imprudência a realização de procedimento cirúrgico sem indicação técnica adequada, a adoção de tratamento experimental sem os cuidados devidos, a alta hospitalar precipitada antes da estabilização do quadro clínico ou a utilização de técnica para a qual o profissional não está devidamente habilitado.

A imperícia, por sua vez, decorre da falta de conhecimento técnico ou de habilidade para a execução de determinado ato médico. Configura-a o erro grosseiro no diagnóstico por ausência de investigação mínima, a execução de técnica cirúrgica para a qual o profissional não possui treinamento adequado ou a má interpretação de exames básicos que qualquer médico medianamente diligente saberia avaliar corretamente (BRASIL, 2002; FRANÇA, 2020). Importa ressaltar, com a doutrina, que o erro de diagnóstico isolado não constitui imperícia: o que a configura é a falha no processo diagnóstico, na investigação, nos meios empregados (KFOURI NETO apud JUSBRASIL, 2023).

A aferição dessas modalidades deve ser feita com base no padrão do profissional médio, em condições semelhantes àquelas enfrentadas no caso concreto, não se exigindo perfeição, mas sim atuação diligente, prudente e tecnicamente adequada. A culpa nas três modalidades nunca se presume: cabe sempre àquele que

a alega em juízo o ônus de provar os fatos que, concretamente, a configuraram (MPSP, 2006).

Relevante acrescentar que Genival Veloso de França (2021) aponta como causas frequentes de litígios médicos: diagnóstico superficial ou tardio, cirurgias prematuras, omissão de tratamento, erros em transfusões ou anestesias, uso de métodos ultrapassados, prescrições equivocadas, abandono do paciente, falhas pós-operatórias e problemas com equipamentos, como queimaduras por raios X, infecções por instrumentos e falhas no funcionamento de aparelhos durante procedimentos (REVISTAFT, 2024). Esse conjunto ilustra a diversidade das situações concretas em que as três modalidades de culpa podem se manifestar.

4.6 Critérios Técnicos de Identificação do Erro Médico

A identificação do erro médico exige análise técnica objetiva, fundada em critérios que permitam a reconstrução do ato médico e a verificação de sua conformidade com a lex artis. A doutrina e a jurisprudência identificam os seguintes parâmetros essenciais:

Anamnese e exame físico. A coleta adequada da história clínica e a realização de exame físico completo constituem o ponto de partida obrigatório do raciocínio clínico. A anamnese superficial ou o exame físico incompleto que leva a diagnóstico equivocado podem caracterizar negligência, especialmente quando sinais clínicos relevantes deixaram de ser identificados por falta de cuidado.

Indicação e interpretação de exames complementares. A solicitação de exames deve ser coerente com as hipóteses diagnósticas formuladas, sendo vedada tanto a omissão relevante quanto o excesso injustificado. A má interpretação dos resultados — quando grosseira e injustificável — pode configurar imperícia, sobretudo quando compromete decisivamente a conduta clínica adotada.

Coerência entre diagnóstico e tratamento. A escolha terapêutica deve ser compatível com o quadro clínico e com os conhecimentos científicos vigentes. A adoção de condutas sem respaldo técnico ou o uso de métodos ultrapassados, quando existem alternativas reconhecidas e disponíveis, evidencia desvio da lex artis.

Registro em prontuário. Conforme analisado no capítulo anterior, o prontuário é o principal documento de reconstituição do ato médico. Sua ausência ou incompletude não apenas viola o Código de Ética Médica, mas gera presunção

desfavorável ao profissional em eventual processo de apuração de responsabilidade. A prova pericial em demandas por erro médico gravita fortemente sobre o que está documentado: a ausência de documentação adequada impede a diferenciação entre complicação inerente e erro médico, tornando impossível a reconstrução fidedigna dos fatos, verificar as condutas adotadas e demonstrar que o médico monitorou adequadamente a evolução do paciente.

Acompanhamento pós-procedimento. O dever de cuidado não se encerra com a conclusão do procedimento ou com a alta hospitalar. O médico tem obrigação de acompanhar a evolução clínica, orientar o paciente quanto a sinais de alerta e providenciar o retorno quando necessário. O abandono do paciente em período crítico constitui modalidade específica de negligência, de especial gravidade.

4.7 O Erro Médico Inescusável e a Medicina Defensiva

A jurisprudência brasileira consolidou o entendimento de que somente o erro inescusável — aquele que não se justifica pelo estado da arte da medicina, pelas condições do caso concreto ou por qualquer fator superveniente — gera responsabilização (JUSBRASIL, 2023). Erros de diagnóstico que qualquer médico medianamente diligente cometeria diante do mesmo quadro clínico não configuram culpa; mas o erro grosseiro, como a confusão entre diagnósticos elementares ou a não indicação de exame básico para quadro clássico, sim configura.

Um efeito perverso da judicialização crescente é o estímulo à denominada medicina defensiva. Diante do receio de questionamentos judiciais, profissionais passam a solicitar exames e procedimentos adicionais como forma de resguardo, tornando o atendimento mais burocrático e elevando os custos do sistema de saúde sem necessariamente beneficiar o paciente. Esse fenômeno, embora compreensível na perspectiva individual do médico, é prejudicial ao sistema de saúde como um todo e reforça a necessidade de parâmetros claros e precisos para a caracterização do erro médico, que protejam tanto o paciente lesado quanto o profissional que atuou de forma tecnicamente adequada.

4.8 O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Risco Inerente

4.8.1 O Dever de Informação como Elemento da Lex Artis

Um dos pontos mais relevantes na caracterização do erro médico contemporâneo é o dever de informação, materializado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Trata-se de elemento que transcende a formalidade documental, integrando o próprio conceito de lex artis. A boa prática médica não se limita à execução técnica do procedimento, mas exige que o paciente seja plenamente informado acerca dos riscos, benefícios, alternativas terapêuticas e possíveis complicações. O dever de informar constitui, portanto, expressão direta da autonomia do paciente e da boa-fé objetiva na relação médico-paciente (AMORIM; RAFFA, 2023). Historicamente, a medicina foi marcada por um modelo “sacerdotal”, em que o médico detinha o monopólio do saber e o paciente era mero receptor passivo das decisões clínicas. Esse paradigma foi progressivamente substituído por um modelo de “participação mútua”, no qual o paciente atua de forma ativa na tomada de decisão sobre os procedimentos que lhe são propostos. Essa evolução é reconhecida expressamente pelo Superior Tribunal de Justiça, que, no julgamento do REsp 1.848.862/RN, destacou que a medicina vem passando por essa transição significativa ao longo das últimas décadas (STJ, 2022). Do ponto de vista normativo, o dever de informação encontra fundamento em múltiplas fontes. O art. 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 2.217/2018) veda expressamente ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. No plano civil e consumerista, o dever decorre dos arts. 6º, inciso III, e 14 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao consumidor o direito à informação adequada e clara sobre os serviços prestados, e do art. 15 do Código Civil, que reconhece o direito à autodeterminação do paciente como expressão de sua personalidade (DOTTI ADVOGADOS, 2025; BSA ADVOGADOS, 2025). Além disso, o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, fundamenta o direito do paciente de participar das decisões relativas à sua saúde.

4.8.2 Natureza Jurídica e Pressupostos de Validade do TCLE

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é o instrumento escrito pelo qual o médico formaliza o cumprimento do dever de informação e o paciente registra seu consentimento para a realização do procedimento proposto. Trata-se, contudo, de documento que não substitui o processo comunicativo que lhe é anterior: o TCLE é a formalização de um diálogo, não sua substituição. A validade jurídica do TCLE está condicionada ao atendimento de três pressupostos cumulativos (PORTALPED, 2017; BSA ADVOGADOS, 2025): Capacidade. O consentimento deve ser prestado por pessoa com plena capacidade civil. Nos casos de incapacidade, o TCLE deverá ser assinado pelo representante legal do paciente — pais, tutor ou curador — sem prejuízo do dever de informação ao próprio paciente, na medida de sua capacidade de compreensão. Informação suficiente e acessível. As informações prestadas devem ser suficientes, claras, precisas e apresentadas em linguagem acessível ao leigo, evitando-se termos exclusivamente técnicos que comprometam a real compreensão. O paciente tem direito de saber, segundo Pereira (2010, apud INDEXLAW, s.d.): o diagnóstico, a finalidade do procedimento, seus benefícios, riscos gerais e específicos, reações esperadas, alternativas terapêuticas disponíveis e as consequências da recusa do tratamento. Além dos riscos comuns do procedimento, devem ser informados os fatores individuais do paciente que possam agravar o risco — condições clínicas preexistentes, comorbidades, características anatômicas particulares — , para que haja consentimento verdadeiramente personalizado (DOTTI ADVOGADOS, 2025). Voluntariedade. O consentimento deve ser livre de coação, pressão ou influência indevida. O paciente deve ter tempo adequado para analisar as informações recebidas, esclarecer suas dúvidas e, se quiser, revogar o consentimento antes do início do procedimento. Kfouri Neto ressalta que o consentimento não deve prescindir da forma escrita em casos de maior complexidade, sob pena de o profissional ficar sujeito à “impossibilidade de provar a efetiva obtenção do assentimento do enfermo — fato que também poderá redundar em consequências gravosas, no âmbito da responsabilidade civil” (apud MP ADVOCACIA, 2021). O STJ, no REsp 1.848.862/RN, explicitou que, embora não haja obrigatoriedade legal de forma escrita em todos os casos, admitindo-se qualquer meio de prova do cumprimento do dever informacional, o documento escrito é fortemente recomendado, especialmente em procedimentos de maior risco (STJ, REsp 1.848.862/RN, 2022). O

TCLE deve ser encarado como a principal prova documental do médico, demonstrando o adimplemento do dever de informação. [BSA Advogados](https://bsaadvogados.com.br/termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido-tcle-a-nova-fronteira-da-responsabilidade-civil-medica/)

4.8.3 O TCLE como Instrumento de Delimitação do Risco Inerente

O TCLE funciona como instrumento essencial de delimitação do risco inerente ao procedimento médico. Ao ser devidamente informado sobre os riscos naturais da intervenção e ao consentir de forma livre e esclarecida, o paciente incorpora esses riscos à sua esfera de decisão consciente, passando eles a integrar o denominado risco permitido. Nessa circunstância, o resultado adverso que decorrer desse risco informado não poderá ser imputado ao médico como erro, pois o paciente assumiu a possibilidade de sua ocorrência como condição inerente ao tratamento proposto (AMORIM; RAFFA, 2023). Essa função delimitadora tem especial relevância à luz da teoria da imputação objetiva: o risco informado e assumido pelo paciente é, precisamente, o risco permitido de que trata Roxin. O médico que realiza o procedimento dentro dos padrões técnicos e informa corretamente o paciente sobre seus riscos não cria risco juridicamente proibido — mesmo que o evento adverso se concretize. A responsabilização somente emergirá quando o resultado decorrer de conduta que extrapole esse risco permitido, ou seja, quando houver desvio da lex artis. Importa sublinhar, contudo, que o Código de Ética Médica confere ao médico margem de sopesamento: o art. 34 do CEM permite que o profissional silencie sobre determinadas informações se a notícia puder causar dano ao próprio paciente — a denominada limitação terapêutica do dever de informar. Ainda assim, essa exceção não pode ser empregada para suprimir informações objetivamente relevantes à tomada de decisão do paciente, e o dever de informação ao representante legal permanece intacto nessas situações (MP ADVOCACIA, 2021).

4.8.4 Limites do TCLE: O que o Termo Não Protege

Importa ressaltar, com ênfase, que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não se configura como licença para o erro médico, nem como instrumento capaz de afastar, por si só, a responsabilidade civil do profissional. Trata-se de um equívoco frequente — tanto entre médicos quanto em alguns argumentos defensivos — tratar o TCLE como escudo universal contra qualquer responsabilização. A simples

previsão de riscos no TCLE não exime o médico quando demonstrado que o resultado danoso decorreu de conduta culposa, caracterizada por negligência, imprudência ou imperícia. Mesmo que determinado evento adverso esteja formalmente descrito no termo, sua ocorrência poderá configurar erro médico se evidenciado que não se tratava de risco inerente, mas sim de consequência direta de atuação em desconformidade com a lex artis — isto é, quando qualquer médico medianamente diligente, colocado nas mesmas circunstâncias, não teria chegado ao mesmo resultado (MIGALHAS, 2026). Nesse sentido, o TCLE deve ser interpretado dentro da lógica da lex artis ad hoc, servindo como elemento de contextualização da conduta médica, e não como mecanismo de blindagem automática. Sua função é demonstrar que o risco informado integra o campo do risco permitido e que o desfecho poderia ocorrer mesmo diante de atuação tecnicamente adequada. Quando, contudo, o evento danoso se revela decorrente de falha na condução do caso ou ausência de diligência, não há risco assumido, mas erro médico passível de responsabilização. Ainda mais graves são os casos em que o termo de consentimento é apresentado ao paciente no dia da cirurgia, sem tempo adequado para reflexão, ou quando contém autorização para técnica diferente da efetivamente realizada. O Tribunal de Justiça do Distrito Federal consolidou que o termo de consentimento assinado no dia da realização da cirurgia, autorizando técnica diversa da acordada, não pode ser utilizado como excludente de responsabilidade médica (TJDFT, 2020).

4.8.5 A Rejeição ao Blanket Consent e a Exigência de Individualização

A jurisprudência do STJ é firme na rejeição ao chamado blanket consent — o consentimento genérico, em que não há individualização das informações prestadas ao paciente. A informação prestada pelo médico ao paciente, acerca dos riscos, benefícios e alternativas ao procedimento indicado, deve ser clara e precisa, não bastando que o profissional de saúde informe, de maneira genérica ou com termos técnicos, as eventuais repercussões no tratamento, o que comprometeria o consentimento informado do paciente, considerando a deficiência no dever de informação. No paradigmático julgamento do REsp 1.848.862/RN, a Terceira Turma do STJ, sob relatoria do Ministro Marco Aurélio Bellizze, condenou médico e anestesista ao pagamento de danos morais à família de paciente que faleceu em decorrência de choque anafilático durante indução anestésica para cirurgia de

correção de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SASO). Os profissionais não demonstraram ter informado ao paciente — que era obeso e apresentava hipertrofia de base de língua — os riscos específicos que essas condições clínicas particulares representavam para uma eventual intubação de emergência, o que efetivamente ocorreu (STJ, REsp 1.848.862/RN, j. 05/04/2022). O STJ, nesse julgamento, além de reconhecer a responsabilidade pela falha informacional, explicitou que o dever de informação inclui não apenas os riscos gerais do procedimento, mas também os fatores individuais do paciente que possam agravar os riscos. Anterior a esse precedente, o STJ já havia assentado, no AgRg no Ag 818.144/SP (Rel. Min. Ari Pargendler, DJ 5/11/2007), que o médico que deixa de informar o paciente acerca dos riscos da cirurgia incorre em negligência e responde civilmente pelos danos resultantes da operação.

Outra vertente jurisprudencial de relevo foi fixada no REsp 1.540.580, pelo qual o STJ assentou que a relação médico-paciente engloba deveres anexos de suma relevância para além da intervenção técnica, entre os quais se destaca o dever de informação, cujo descumprimento configura inadimplemento contratual autônomo, independentemente da correção técnica do procedimento realizado (MP ADVOCACIA, 2021). O ônus da prova do cumprimento do dever de informação recai sobre o médico ou o hospital, e não sobre o paciente. No âmbito processual, o ônus da prova quanto ao cumprimento do dever de informar e à obtenção do consentimento informado do paciente é do médico ou do hospital. Essa inversão decorre da posição jurídica de fornecedor de serviços que o médico ocupa nas relações regidas pelo CDC, bem como da lógica do art. 6º, inciso VIII, que autoriza a inversão do ônus probatório em favor do paciente quando presente a verossimilhança das alegações ou a hipossuficiência técnica.

4.8.6 A Negligência Informacional como Modalidade Autônoma de Responsabilidade Civil

A falha no dever de informação deve ser compreendida como modalidade autônoma de negligência — a denominada negligência informacional — , pois representa omissão relevante no dever de cuidado que integra o próprio conceito de boa prática médica. Trata-se de construção reconhecida pela doutrina e incorporada à jurisprudência do STJ: o médico não apenas executa o procedimento, mas também

tem o dever de garantir que o paciente compreenda, de forma real e efetiva, os riscos envolvidos na intervenção proposta. A expressão “negligência informacional” ganhou relevo doutrinário a partir do reconhecimento, pelo STJ, de que a falha na comunicação — seja pela ausência do consentimento, pela generalidade das informações ou pelo emprego de linguagem inacessível ao leigo — configura defeito na prestação do serviço, nos termos do art. 14 do CDC, passível de gerar responsabilização independentemente da correta execução técnica do procedimento (ACADEMIA.EDU, 2010). O dano indenizável, nessa hipótese, é a privação sofrida pelo paciente em seu direito de autodeterminação: retira-se do paciente a oportunidade de ponderar os riscos e vantagens do tratamento e de exercer uma escolha real e consciente (BSA ADVOGADOS, 2025). Para alguns doutrinadores, seria devida indenização mesmo que o procedimento tivesse obtido total êxito, pela simples lesão à liberdade e à autonomia do paciente. Embora esse entendimento mais expansivo não seja pacífico na jurisprudência brasileira — que em geral exige a configuração de dano concreto à integridade física ou psíquica — , há convergência no sentido de que a falha informacional autônoma, quando conectada em nexo causal ao resultado danoso, gera responsabilidade civil independente de qualquer erro técnico (JUS.COM.BR, 2019).

4.8.7 Considerações Integradoras

A correta tipificação do erro médico exige abordagem técnica, jurídica e contextualizada, afastando interpretações simplistas baseadas exclusivamente no resultado. A distinção entre erro, complicação, intercorrência e risco inerente, aliada à análise das modalidades de culpa e ao cumprimento do dever de informação, constitui instrumento essencial para a adequada aplicação da responsabilidade civil médica. Nesse cenário, o TCLE assume papel central, funcionando como elemento de validação do risco permitido. Sua adequada elaboração e aplicação permitem não apenas a proteção do paciente — ao garantir seu direito de autodeterminação — , mas também a preservação da segurança jurídica do médico, ao demonstrar que os riscos informados e assumidos pelo paciente integram o campo do risco clinicamente inerente. O TCLE deve ser compreendido, assim, como parte estruturante do ato médico: sua ausência ou inadequação não apenas fragiliza a posição jurídica do

profissional, mas pode caracterizar, por si só, uma modalidade autônoma de erro médico.

4.9 Excludentes de Responsabilidade: Caso Fortuito, Força Maior e Fato de Terceiro

4.9.1 As Excludentes como Mecanismo de Ruptura do Nexo Causal

A exclusão da responsabilidade civil médica constitui tema de elevada relevância prática, especialmente sob o ponto de vista defensivo, na medida em que permite afastar a imputação indevida de erro em situações nas quais o resultado danoso não decorre de falha profissional. Para que exista dever de indenizar, a teoria da responsabilidade civil exige a presença cumulativa de três elementos: a conduta culposa, o dano suportado pela vítima e o nexo de causalidade entre a conduta e o dano. Se o nexo causal for rompido, a responsabilidade desmorona. As denominadas causas excludentes de responsabilidade — ou, mais tecnicamente, hipóteses de não incidência do dever de indenizar, na terminologia de Fernando Noronha (apud TJSP, s.d.) — atuam precisamente sobre esse elemento, rompendo a cadeia causal que liga a conduta do médico ao resultado danoso. Nos termos do art. 393 do Código Civil, o devedor não responde pelos prejuízos resultantes de caso fortuito ou força maior, salvo se houver expressamente assumido tal responsabilidade (BRASIL, 2002). O parágrafo único do mesmo dispositivo define que o caso fortuito ou força maior verifica-se no fato necessário, cujos efeitos não era possível evitar ou impedir, o que, no contexto da atividade médica, reforça a necessidade de análise rigorosa do nexo causal. No âmbito das relações de consumo, o art. 14, §3º, do Código de Defesa do Consumidor estabelece hipóteses adicionais de exclusão da responsabilidade do fornecedor de serviços, incluindo a demonstração de que não houve defeito na prestação do serviço, a culpa exclusiva do consumidor e a culpa exclusiva de terceiro (BRASIL, 1990). Embora a responsabilidade do médico, como profissional liberal, seja subjetiva nos termos do §4º do mesmo dispositivo, tais excludentes são plenamente aplicáveis à análise da causalidade, funcionando como verdadeiros fatores de ruptura do nexo causal (BRASIL, 1990). Importa registrar, nesse ponto, que o Enunciado n.º 356 da IV Jornada de Direito Civil do CJF estabelece que “o caso fortuito e a força maior somente serão considerados como excludentes da responsabilidade civil quando o fato gerador do dano não for conexo à atividade desenvolvida” (CJF, 2006).

Essa formulação, recepcionada pela jurisprudência, delimita a distinção entre o fortuito interno e o fortuito externo — distinção essencial para a correta aplicação das excludentes no contexto médico-hospitalar.

4.9.2 Fortuito Interno e Fortuito Externo: Uma Distinção Fundamental

A doutrina moderna diferencia o fortuito externo do fortuito interno para fins de incidência da excludente de responsabilidade. O fortuito interno é aquele fato imprevisível ou inevitável, mas intrinsecamente ligado aos riscos da atividade desenvolvida pelo fornecedor. Por estar inserido na esfera de riscos que a atividade normalmente gera, não rompe o nexo causal nem exime o responsável pelo serviço de indenizar. Como regra jurisprudencial consolidada pelo STJ, somente o fortuito externo — absolutamente alheio ao risco próprio da atividade — tem o condão de afastar a responsabilidade (STJ, REsp 1.732.398, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, apud STJ, s.d.). No contexto hospitalar, a infecção hospitalar, por exemplo, é considerada fortuito interno: seu risco é inerente à atividade exercida pelo nosocômio, e a jurisprudência é firme no sentido de que não há exclusão da responsabilidade quando o hospital não demonstra ter adotado todos os protocolos de controle e prevenção exigidos (TJRJ, apud PUCRS, 2016). Da mesma forma, falhas em equipamentos com histórico de manutenção inadequada, erros de prepostos contratados pelo hospital e eventos decorrentes da organização interna do serviço são fortuitos internos, não aptos a excluir a responsabilidade da instituição. Já o fortuito externo, por ser absolutamente estranho ao risco da atividade médica, tem aptidão para romper o nexo causal. Hipóteses reconhecidas pela jurisprudência incluem: desastres naturais que impeçam a prestação do serviço, sabotagem de equipamentos por pessoa alheia à instituição e contaminação por agente externo não relacionado à atividade hospitalar (MIGALHAS, 2025). No mesmo sentido, o TJDFT, ao julgar caso de cirurgia estética com resultado de necrose e má cicatrização decorrentes da resposta orgânica individual da paciente — e não de conduta inadequada da profissional — , reconheceu a ocorrência de fortuito externo e afastou a responsabilidade, por estar demonstrado que as condutas adotadas foram legítimas, em conformidade com a literatura médica, e que os danos foram consequência da resposta do próprio organismo da autora (TJDFT, 2026).

4.9.3 Hipóteses Específicas no Contexto da Prática Médica

No contexto da prática médica, o caso fortuito e a força maior manifestam-se em situações nas quais o resultado danoso decorre de evento inevitável, imprevisível ou alheio à atuação do profissional, não sendo possível atribuir-lhe responsabilidade. A doutrina identifica as seguintes hipóteses mais relevantes: Reações idiossincráticas do paciente. Podem ocorrer reações orgânicas imprevisíveis e indetectáveis por exames ou protocolos disponíveis, como alergias não identificadas previamente a anestésicos, hipersensibilidade a medicamentos ou reações inflamatórias atípicas. Nesses casos, o médico que atendeu a todas as diligências necessárias e adotou os protocolos adequados não responde pelo dano, pois a reação orgânica é configurativa de fortuito externo. A jurisprudência do STJ reconheceu, no AREsp 536.927/SC (2014), que reações orgânicas individuais imprevisíveis constituem excludente de responsabilidade do médico (MIGALHAS, 2020). O TJSP, na Apelação n.º 2027342-20.2006.8.26.0405, decidiu no mesmo sentido para casos de variações anatômicas imprevisíveis (MIGALHAS, 2020). Variações anatômicas desfavoráveis. Alguns pacientes apresentam variações anatômicas em relação ao padrão fisiológico normal que são impossíveis de prever antes da intervenção, mesmo com o uso de todos os exames disponíveis. Quando essas variações, identificadas apenas no momento do procedimento, são a causa do evento adverso, configura-se excludente de responsabilidade, desde que o médico tenha adotado conduta tecnicamente adequada diante do achado inesperado. Falha súbita e imprevisível de equipamentos. A falha repentina de equipamento médico devidamente mantido e inspecionado, sem histórico de problemas, pode configurar fortuito externo capaz de romper o nexo causal em relação ao médico. Importa distinguir, contudo: se o equipamento apresentava defeito anterior identificável, ou se a manutenção foi negligenciada, a falha passa a ser fortuito interno — imputável ao hospital — sem excluir a responsabilidade. Doenças ocultas e condições não informadas. A existência de comorbidades silenciosas, doenças preexistentes não reveladas pelo paciente ou condições clínicas que não se manifestam nos exames pré-operatórios pode impedir que o médico formule diagnóstico ou conduza o tratamento de forma plenamente adequada. Nesses casos, trata-se de evento alheio ao controle do profissional, que atuou de acordo com as informações disponíveis, não se configurando erro médico. Evoluções atípicas e imprevisíveis da patologia. Algumas doenças evoluem de forma

completamente atípica, divergindo dos padrões esperados mesmo diante de conduta médica adequada e de tratamento conforme a lex artis. A jurisprudência tem reconhecido que, nesses casos, o médico que empregou todos os meios técnicos disponíveis e conduziu o caso corretamente não responde pelo resultado adverso, que decorre do próprio curso imprevisto da doença (MIGALHAS, 2020; STJ, AREsp 536.927/SC).

4.9.4 A Conduta do Paciente como Causa Excludente ou Atenuante

Outro aspecto de extrema relevância refere-se à conduta do próprio paciente, que pode configurar causa excludente ou, ao menos, atenuante da responsabilidade civil. A omissão de informações relevantes durante a anamnese, a ocultação de doenças preexistentes, o descumprimento de orientações médicas, o abandono do acompanhamento clínico ou a ausência injustificada a consultas de retorno representam comportamentos que interferem diretamente na condução do tratamento e na obtenção do resultado esperado (JUSBRASIL, 2023). Quando o paciente portador de condição de saúde relevante — como diabetes, insuficiência renal, cardiopatia grave, alergia a medicamentos ou propensão a vômitos — oculta essas informações do médico, e em razão dessa omissão ocorrem acidentes durante o tratamento, configura-se a culpa exclusiva da vítima, com consequente rompimento do nexo causal (JUSBRASIL, 2023). Nessas situações, o médico que prestou o atendimento com base nas informações disponíveis e atuou conforme a lex artis ad hoc não pode ser responsabilizado pelo resultado adverso causado pela própria conduta omissiva do paciente. A culpa concorrente do paciente, por sua vez, não exclui totalmente a responsabilidade do médico, mas tem relevância para a fixação do valor da indenização. O art. 945 do Código Civil dispõe que, se a vítima concorrer culposamente para o evento danoso, a indenização será fixada considerando a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor do dano, e o art. 944 permite a redução equitativa da indenização quando houver desproporção excessiva entre a gravidade da culpa e o dano (BRASIL, 2002; MIGALHAS, 2024). Uma ressalva importante: no âmbito do CDC, o regramento é diferente. O estatuto consumerista não prevê a redução proporcional da indenização por culpa concorrente da vítima, estabelecendo a reparação integral como direito básico do consumidor. Somente a culpa exclusiva da vítima ou de terceiro tem aptidão, no sistema do CDC, para afastar

integralmente o dever de reparar (MIGALHAS, 2024). Essa distinção é relevante para a estratégia defensiva do médico: quando a relação é regida pelo Código Civil e não pelo CDC, a culpa concorrente do paciente pode ser invocada para reduzir a indenização. A jurisprudência pátria tem reconhecido que o dever de cooperação na relação médico-paciente não é unilateral. Cabe também ao paciente contribuir ativamente para o processo diagnóstico e terapêutico, prestando informações completas e verdadeiras, aderindo ao tratamento prescrito e respeitando as restrições e orientações recebidas. A quebra desse dever de cooperação compromete a previsibilidade da conduta médica e pode inviabilizar a correta imputação de responsabilidade ao profissional.

4.9.5 O Fato de Terceiro como Excludente

Além das hipóteses de caso fortuito, força maior e culpa da vítima, o fato de terceiro pode configurar excludente de responsabilidade quando a conduta alheia — e não a do médico — for a causa direta e determinante do dano. O art. 14, §3º, inciso III, do CDC prevê expressamente essa hipótese (BRASIL, 1990). No contexto hospitalar, configuram fato de terceiro apto a romper o nexo causal: a agressão física praticada por outro paciente, a contaminação por agente externo não relacionado à atividade do serviço e a sabotagem de equipamentos por pessoa alheia à instituição (MIGALHAS, 2025). A comprovação da culpa exclusiva de terceiro exige demonstração inequívoca de que o médico ou o hospital não concorreu de forma alguma para o evento danoso, ônus que recai sobre quem alega a excludente. É preciso distinguir, todavia, o fato de terceiro que configura fortuito externo — e portanto rompe o nexo — daquele que se enquadra como fortuito interno. Condutas de prepostos ou funcionários dentro do hospital que causam dano ao paciente, embora tecnicamente praticadas por “terceiros” em relação ao médico, são classificadas como fortuito interno da instituição hospitalar, não excluindo a responsabilidade objetiva do hospital (GALÍCIA EDUCAÇÃO, 2026).

4.9.6 Identificação das Excludentes como Estratégia Defensiva

A identificação dessas causas excludentes assume papel central na defesa do médico em eventual demanda judicial ou processo ético-disciplinar. A atuação defensiva eficaz exige a reconstrução integral do ato médico, com análise lógica, cronológica e tecnicamente fundamentada dos eventos, de modo a identificar fatores

externos capazes de romper o nexo causal. Para tanto, torna-se imprescindível a análise detalhada do prontuário médico — principal instrumento de reconstrução da conduta — , a verificação da existência e qualidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a identificação de informações clínicas omitidas pelo paciente na anamnese, a avaliação da adesão ao tratamento prescrito e a investigação de eventos imprevisíveis ou inevitáveis que possam ter concorrido para o desfecho adverso (BRASIL, 2002; LEGALE, 2026). A prova das excludentes recai sobre aquele que as alega: é insuficiente a mera alegação genérica, sendo necessária demonstração específica, robusta e inequívoca de como o evento impediu o cumprimento adequado das obrigações do médico ou rompeu o nexo causal entre sua conduta e o resultado danoso (MODELOINICIAL, 2025). O ônus da prova da excludente recai sobre o médico ou hospital, especialmente quando se tratar de relação de consumo (MIGALHAS, 2025). A correta utilização dessas teses permite afastar a tipificação indevida do erro médico, funcionando como instrumento essencial de proteção jurídica do profissional e assegurando a aplicação adequada dos critérios técnicos e jurídicos da responsabilidade civil na atividade médica.

REFERENCIAS

ACADEMIA.EDU. Negligência informacional: uma análise jurídico-discursiva de precedente do STJ. 2010. Disponível em: https://www.academia.edu/1145478. Acesso em: 12 abr. 2026.

AMORIM, Ana; RAFFA, Luís. O TCLE e a responsabilidade civil médica. [S. l.: s. n.], 2023.

BERTOL SOCIEDADE DE ADVOGADOS. A teoria da imputação objetiva segundo Claus Roxin. 2025. Disponível em: https://www.bertol.adv.br/a-teoria-da-imputacao-objetiva-segundo-claus-roxin/. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 12 abr. 2026.

BSA ADVOGADOS. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): a nova fronteira da responsabilidade civil médica. 2025. Disponível em: https://bsaadvogados.com.br/termo-de-

consentimento-livre-e-esclarecido-tcle-a-nova-fronteira-da-responsabilidade-civil-medica/. Acesso em: 12 abr. 2026.

CNJ — CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; PNUD — PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar 2025. Brasília: CNJ, 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 nov. 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

CONTEÚDO JURÍDICO. Consentimento informado: autodeterminação do paciente, falha no dever de informação e responsabilidade civil do médico — jurisprudência do STJ. 2022. Disponível em: https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/58284. Acesso em: 12 abr. 2026.

DOTTI ADVOGADOS. O consentimento informado ao paciente. 2025. Disponível em: https://dotti.adv.br/o-consentimento-informado-ao-paciente/. Acesso em: 12 abr. 2026.

ESTRATÉGIA CARREIRA JURÍDICA. Teoria da imputação objetiva. 2024. Disponível em: https://cj.estrategia.com/portal/teoria-imputacao-objetiva/. Acesso em: 12 abr. 2026.

FRANÇA, Genival Veloso de. Direito médico. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

GALÍCIA EDUCAÇÃO. Erro médico público: responsabilidade civil e nuances. 2026. Disponível em: https://www.galiciaeducacao.com.br/blog/erro-medico-publico-responsabilidade-civil-e-nuances/. Acesso em: 12 abr. 2026.

GARCIA, Edinês Maria Sormani. Direito de família: princípio da dignidade da pessoa humana. São Paulo: Arte & Ciência, 2020.

JUS.COM.BR. A nova visão do Termo de Consentimento Informado: a responsabilidade civil do médico por falha no dever de informar. 2019. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/37271. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Erro médico ou complicação inerente ao procedimento: como diferenciar juridicamente. 2025. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/artigos/erro-medico-ou-complicacao-inerente-ao-procedimento-como-diferenciar-juridicamente/5059031116. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Erro médico: responsabilização do profissional liberal. Disponível em: https://anninhapaulsen.jusbrasil.com.br/artigos/146440211/erro-medico. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL DOUTRINA. Perda de uma chance de cura ou sobrevivência e responsabilidade civil médico-hospitalar. In: Responsabilidade civil dos hospitais: Código Civil e CDC. [S. l.: s. n.], 2023.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade civil do médico. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

LEGALE. Responsabilidade civil médica: culpa, prova e estratégia. 2026. Disponível em: https://legale.com.br/blog/responsabilidade-civil-medica-culpa-prova-e-estrategia/. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIGALHAS. Responsabilidade civil do médico: erro médico ou insucesso terapêutico. Jan. 2026. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/depeso/447299. Acesso em: 12 abr. 2026.

MORAES, Irany Novah. Erro médico e a justiça. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2026.

MP ADVOCACIA. A autonomia e o consentimento do paciente. 2021. Disponível em: https://advocaciaassociada.com.br/consentimentolivreeesclarecido/. Acesso em: 12 abr. 2026.

MPSP — MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Responsabilidade civil por erro médico. Revista de Direito Civil, [S. l.], v. 4, n. 152, 2006. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RDC_04_152.pdf. Acesso em: 12 abr. 2026.

PORTALPED. Explicando o TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. 2017. Disponível em: https://www.portalped.com.br/conteudo-especial/direito-medico-e-bioetica/explicando-o-tcle-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido/. Acesso em: 12 abr. 2026.

RAPOSO, Vera Lúcia. Do ato médico ao problema jurídico. Coimbra: Almedina, 2013.

REPORTERCAPIXABA. Explosão de ações por erro médico no Brasil acende alerta sobre judicialização da saúde. Fev. 2026. Disponível em: https://www.reportercapixaba.com.br/explosao-de-acoes-por-erro-medico-no-brasil-acende-alerta-sobre-judicializacao-da-saude/. Acesso em: 12 abr. 2026.

REVISTAFT. A responsabilidade civil por erro médico e suas implicações penais. [S. d.]. Disponível em: https://revistaft.com.br/a-responsabilidade-civil-por-erro-medico-e-suas-implicacoes-penais. Acesso em: 12 abr. 2026.

ROXIN, Claus. Derecho penal: parte general. Tradução de Diego-Manuel Luzón Peña et al. Madrid: Civitas, 1997. t. 1.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Brasil). Agravo Regimental no Agravo n. 818.144/SP. Relator: Ministro Ari Pargendler. Diário de Justiça, Brasília, DF, 5 nov. 2007. Disponível em: https://www.stj.jus.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recurso Especial n. 1.190.278. Relator: Ministro Benedito Gonçalves. Julgado em: 17 dez. 2010. Disponível em: https://www.stj.jus.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recurso Especial n. 1.442.438. Complicação inerente às condições do paciente. Direito indenizatório não configurado. Disponível em: https://www.stj.jus.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recurso Especial n. 1.540.580. Dever de informação. Deveres anexos. Relação médico-paciente. Disponível em: https://www.stj.jus.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recurso Especial n. 1.848.862/RN. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. 3. Turma. Julgado em: 5 abr. 2022. Publicado em: DJe, 8 abr. 2022. Informativo n. 733. Disponível em: https://www.stj.jus.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Brasil). Mantida condenação de médico que negligenciou preenchimento de prontuário de gestante. Portal STJ, Brasília, DF, 29 jul. 2021. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/29072021. Acesso em: 12 abr. 2026.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS (Brasil). Acórdão n. 1.297.217, processo n. 0032524-39.2014.8.07.0018. Relator: Desembargador James Eduardo Oliveira. 4. Turma Cível. Julgado em: 29 out. 2020. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

CAPÍTULO 5
RESPONSABILIDADE ÉTICO-PROFISSIONAL DO MÉDICO: CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, RESOLUÇÕES E PROCESSO DISCIPLINAR

A responsabilidade do médico não se esgota nas esferas civil e penal. Ao lado da pretensão reparatória deduzida perante o juízo cível e da pretensão punitiva estatal exercida no processo penal, existe uma terceira instância de apuração, dotada de fundamento normativo próprio, de procedimento próprio e de sanções próprias: a responsabilidade ético-profissional, apurada pelos Conselhos de Medicina. Trata-se da esfera que, na prática, é a primeira a ser acionada pelo paciente insatisfeito — porque gratuita, informal na provocação e acessível por simples requerimento — e, não raro, aquela cujos efeitos o médico mais teme, na medida em que atinge diretamente o registro profissional e a reputação construída ao longo de décadas.

Este capítulo delimita o marco normativo dessa esfera. Examina o Código de Ética Médica e a técnica legislativa de suas vedações; o sistema de resoluções do Conselho Federal de Medicina como fonte concretizadora da lex artis; a intersecção entre o dever de sigilo e a Lei Geral de Proteção de Dados; o regime da publicidade médica inaugurado pela Resolução CFM n.º 2.336/2023; e a estrutura procedimental da sindicância e do processo ético-profissional, com seus prazos, penalidades e regime prescricional. As estratégias de defesa aplicáveis a cada uma dessas fases serão desenvolvidas, de forma autônoma, no Capítulo 12.

5.1 A Autonomia da Instância Ético-Profissional

A responsabilidade ético-profissional possui natureza administrativa disciplinar e finalidade distinta das demais instâncias. Enquanto a responsabilidade civil se volta à reparação patrimonial do dano suportado pelo paciente e a responsabilidade penal à tutela de bens jurídicos fundamentais mediante sanção estatal, a responsabilidade ética tem por objeto a preservação da dignidade e do prestígio da profissão médica e a proteção da sociedade contra o exercício inadequado da medicina. Seu pressuposto não é o dano, mas a infração ao dever deontológico.

Essa distinção teleológica produz uma consequência prática de primeira ordem: é perfeitamente possível a condenação ética sem qualquer dano ao paciente, assim como é possível a absolvição ética diante de dano efetivamente ocorrido. A ausência

de resultado lesivo não descaracteriza, por si só, a infração deontológica — o médico que deixa de registrar adequadamente o atendimento, que descumpre o dever de informação ou que veicula publicidade irregular infringe o Código de Ética Médica independentemente de o paciente ter experimentado prejuízo. Inversamente, a complicação inerente ao procedimento, corretamente indicada, tecnicamente executada e adequadamente informada, não configura infração ética, ainda que produza dano grave e irreversível.

A compreensão dessa autonomia é o primeiro requisito de uma atuação tecnicamente adequada. O profissional que transporta para o Conselho a argumentação construída para o processo civil — centrada no nexo causal e na extensão do dano — frequentemente deixa de responder àquilo que efetivamente lhe é imputado, que é a violação de um dever de conduta previsto em norma deontológica específica.

5.2 O Marco Institucional: a Lei n.º 3.268/1957 e o Poder Disciplinar dos Conselhos

O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina foram instituídos pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, que lhes atribuiu, simultaneamente, as funções de órgãos supervisores da ética profissional e de julgadores e disciplinadores da classe médica (BRASIL, 1957). Trata-se de autarquias federais em regime especial, dotadas de poder de polícia sobre o exercício profissional, cuja competência disciplinar decorre diretamente de lei — e não de delegação corporativa.

Dessa origem legal derivam duas consequências relevantes para a defesa. A primeira é que o processo disciplinar médico submete-se integralmente às garantias constitucionais do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa (CF, art. 5.º, LIV e LV), bem como, subsidiariamente, aos princípios da Lei n.º 9.784/1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. A segunda é que as decisões dos Conselhos, como todo ato administrativo, sujeitam-se ao controle jurisdicional quanto à legalidade, à competência, à observância do rito e à motivação — controle que não se confunde com a revisão do mérito técnico-disciplinar, reservado à autoridade corporativa.

O art. 22 da Lei n.º 3.268/1957 fixa, em rol taxativo, as penalidades disciplinares aplicáveis, examinadas adiante no item 5.8.3. A tipificação das condutas, contudo, não

está na lei, mas no Código de Ética Médica — e o procedimento de apuração, no Código de Processo Ético-Profissional. O sistema disciplinar médico repousa, portanto, sobre um tripé normativo: a lei institucional define a competência e as sanções; o Código de Ética Médica define o ilícito; o Código de Processo Ético-Profissional define o rito.

5.2.1 A Estrutura de Fiscalização: Conselho Federal, Conselhos Regionais e Comissões de Ética Médica

A fiscalização do exercício ético da medicina não se concentra integralmente na sede dos Conselhos Regionais. O sistema é descentralizado e alcança o interior de cada estabelecimento de saúde por meio das Comissões de Ética Médica, disciplinadas pela Resolução CFM n.º 2.152/2016, que revogou a Resolução CFM n.º 1.657/2002 e cuja exposição de motivos declara, entre suas finalidades, precisamente a descentralização dos procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas (CFM, 2016).

Nos termos do regulamento anexo àquela resolução, todos os estabelecimentos de assistência à saúde e demais pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a medicina devem possuir Comissão de Ética Médica, registrada no Conselho Regional e composta por médicos eleitos entre os integrantes do corpo clínico. A composição obedece a critério de proporcionalidade: nas instituições com até trinta médicos a constituição é facultativa, cabendo ao diretor clínico ou ao diretor técnico encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional; naquelas com trinta e um a novecentos e noventa e nove médicos exigem-se ao menos três membros efetivos e igual número de suplentes; e, a partir de mil médicos, cinco efetivos e cinco suplentes (CFM, 2016).

A natureza jurídica dessas comissões é o ponto que mais interessa à defesa. Elas não são órgãos da administração hospitalar, tampouco instâncias internas de gestão de pessoal: são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, com funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras, subordinadas e vinculadas ao respectivo Conselho Regional. Dispõem de autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição — a tal ponto que os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa não podem integrá-las —, e seus atos alcançam

exclusivamente o corpo clínico do estabelecimento ao qual se vincula o registro (CFM, 2016).

Compete-lhes, entre outras atribuições, fiscalizar o exercício da atividade médica na instituição, instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício, colaborar com o Conselho Regional nas atividades educativas e atuar preventivamente junto ao corpo clínico. Ao presidente da comissão incumbe comunicar ao Conselho Regional quaisquer indícios de infração ética, de exercício ilegal da medicina ou de cerceamento à atividade médica no âmbito da instituição, além de encaminhar relatório semestral de atividades. No mesmo sentido, o Código de Processo Ético-Profissional determina que a comissão de ética médica encaminhe ao Conselho Regional as denúncias de natureza ética de que tiver ciência, cabendo essa comunicação ao diretor clínico ou técnico quando a comissão não existir (CFM, 2016; CFM, 2022).

Delimita-se, assim, com precisão, o alcance dessa competência. A Comissão de Ética Médica não julga, não aplica penalidades, não instaura processo ético-profissional e sequer pode emitir juízo de valor sobre os fatos que apura. A decisão de instaurar sindicância ou processo ético-profissional permanece privativa do Conselho Regional, que não está subordinado a nenhum ato da comissão e pode refazê-lo, reformá-lo ou anulá-lo. A atuação da comissão, embora de reconhecida valia para a apuração, não importa derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina (CFM, 2016).

5.2.2 A Apuração Interna nos Estabelecimentos de Saúde

O procedimento conduzido pela Comissão de Ética Médica denomina-se apuração interna e é instaurado por denúncia escrita e identificada ou de ofício, mediante despacho do presidente. Instaurada a apuração, o presidente deve informar imediatamente o Conselho Regional para protocolo e acompanhamento dos trabalhos — de modo que, desde a origem, o Conselho tem ciência do procedimento (CFM, 2016).

A instrução é conduzida por membro designado, no local em que os fatos ocorreram e sem excesso de formalismo. Os envolvidos são informados dos fatos e, quando o caso, convocados por ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de quinze dias contados da juntada do comprovante de

recebimento. Os autos observam a forma de autos judiciais, com folhas numeradas e rubricadas, e neles são encartados os documentos relacionados aos fatos — cópias de prontuários, fichas clínicas, ordens de serviço e demais elementos úteis ao deslinde —, que seguem para o Conselho Regional quando do encaminhamento (CFM, 2016).

Encerrada a apuração, lavra-se termo de encerramento e os autos são submetidos ao presidente da comissão, que poderá sugerir o arquivamento ou remetê-los ao Conselho Regional. É nesse ponto que se revela a real dimensão do procedimento: os autos da apuração interna, com tudo o que neles foi produzido, tornam-se o substrato documental sobre o qual o Conselho Regional decidirá pela instauração — ou não — de sindicância e, eventualmente, de processo ético-profissional.

5.2.3 O Rigor Exigido do Médico Comunicado pela Comissão de Ética

Há um equívoco disseminado e potencialmente gravoso na prática hospitalar: tratar a comunicação recebida da Comissão de Ética Médica como assunto doméstico da instituição, a ser resolvido informalmente entre colegas, com uma explicação verbal em corredor ou um e-mail apressado. A leitura correta é oposta. A comissão é braço do Conselho Regional dentro do hospital; o que ali se declara, se junta e se deixa de juntar segue para o Conselho e passa a instruir a apuração que ele conduzirá.

Agrava esse quadro uma particularidade normativa de enorme relevância prática: o regulamento qualifica expressamente a apuração interna como procedimento sumário de esclarecimento e a declara não sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa (CFM, 2016). O médico, portanto, manifesta-se em ambiente procedimentalmente menos protegido do que aquele do Conselho, mas sua manifestação produz efeitos que o acompanharão por todas as fases seguintes. Uma declaração imprecisa, uma admissão feita por deferência ao colega que preside a comissão ou a omissão de documento essencial dificilmente serão corrigidas adiante.

Tampouco é alternativa o silêncio puro e simples. O médico convocado que deliberadamente se recusa a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica fica sujeito a procedimento administrativo perante o respectivo Conselho Regional, nos termos do art. 34 do regulamento, que remete ao art. 17 do Código de Ética Médica (CFM, 2016). A recusa, longe de proteger, cria imputação autônoma.

A orientação prática que daí decorre é única e inequívoca: a comunicação da Comissão de Ética Médica deve ser tratada com o mesmo rigor técnico dispensado a uma sindicância instaurada diretamente no Conselho Regional. Isso significa responder por escrito e dentro do prazo; reconstruir o atendimento com base no prontuário, e não na memória; instruir a manifestação com o prontuário completo, o termo de consentimento, os laudos e os registros de intercorrências; delimitar com precisão os fatos e o padrão técnico aplicável; e, quando o caso apresentar repercussão civil ou penal, buscar assistência técnica e jurídica antes de apresentar qualquer esclarecimento — tanto mais porque a manifestação prestada na instituição poderá ser confrontada, no futuro, com a tese sustentada nas demais esferas.

5.3 O Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 2.217/2018)

5.3.1 Estrutura e natureza normativa

O Código de Ética Médica em vigor foi aprovado pela Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018, posteriormente modificada pelas Resoluções CFM n.º 2.222/2018 e n.º 2.226/2019, com vigência a partir de 30 de abril de 2019 (CFM, 2018). Sua arquitetura compreende um capítulo de princípios fundamentais, um rol de direitos assegurados ao médico e um conjunto de normas deontológicas organizadas em capítulos temáticos — entre os quais a relação com pacientes e familiares, o sigilo profissional, os documentos médicos, o ensino e a pesquisa, a remuneração profissional e a publicidade médica.

Os princípios fundamentais não são meras proclamações programáticas. Funcionam como vetores interpretativos das vedações e são frequentemente invocados nos relatórios de sindicância como reforço argumentativo da imputação. A defesa que os ignora perde a oportunidade de demonstrar que a conduta questionada, longe de violá-los, foi justamente a que melhor os realizou no caso concreto.

5.3.2 A tipicidade aberta das vedações deontológicas

As normas deontológicas do Código de Ética Médica são redigidas sob a forma de vedações — “é vedado ao médico” — e apresentam, em sua maioria, textura semântica aberta. O art. 1.º veda causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência; o art. 22 veda deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo

sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (CFM, 2018). Nenhum desses enunciados descreve condutas fechadas ao modo dos tipos penais.

Essa abertura tem dupla face. De um lado, amplia o espectro do que pode ser imputado, permitindo que qualquer conduta reputada inadequada seja reconduzida a um dispositivo genérico. De outro, confere à defesa espaço argumentativo considerável, porque a subsunção depende necessariamente de um juízo técnico sobre o padrão de conduta exigível — vale dizer, depende da lex artis ad hoc examinada no Capítulo 3. É por essa razão que a defesa ética bem construída é, antes de tudo, uma defesa técnica: demonstrada a conformidade da conduta ao padrão exigível nas circunstâncias concretas, esvazia-se o suporte fático da vedação invocada.

Registre-se, ainda, que a imputação deve indicar com precisão os dispositivos supostamente violados. A denúncia ou o relatório conclusivo que se limita a descrever fatos sem capitulação deontológica específica compromete o exercício da ampla defesa, por impedir que o denunciado saiba exatamente do que se defende.

5.3.3 Os dispositivos de maior incidência no contencioso disciplinar

A experiência do contencioso disciplinar revela concentração das imputações em alguns eixos recorrentes: o dever de cuidado técnico; o dever de informação e a obtenção do consentimento; o dever de elaborar documentos médicos fidedignos, legíveis e completos, com a correlata vedação ao atestado falso e à recusa injustificada de fornecer o prontuário ao paciente; o dever de sigilo; e o regime da publicidade. Os três primeiros eixos são tratados, respectivamente, nos Capítulos 4, 6 e 10 desta obra; os dois últimos são examinados nos itens seguintes.

5.4 As Resoluções do CFM como Fonte Normativa e Parâmetro de Lex Artis

5.4.1 Natureza jurídica e limites do poder normativo

As resoluções do Conselho Federal de Medicina são atos administrativos normativos editados no exercício da competência conferida pela Lei n.º 3.268/1957. Vinculam os profissionais inscritos e servem de parâmetro objetivo para a aferição da regularidade da conduta, tanto na esfera disciplinar quanto — por via reflexa — nas

esferas civil e penal, onde são frequentemente invocadas como concretização normativa do dever objetivo de cuidado.

Seu poder normativo, contudo, não é ilimitado. A resolução não pode inovar na ordem jurídica criando obrigações ou restrições sem amparo em lei, nem contrariar norma hierarquicamente superior. Esse limite tem aplicação prática direta: resoluções que disciplinam a execução de determinado ato médico não autorizam, por exemplo, que operadoras de planos de saúde neguem cobertura assistencial, pois regulam a conduta do profissional e não a relação contratual securitária. A confusão entre o plano deontológico e o plano contratual é fonte recorrente de equívocos, e cabe à defesa técnica desfazê-la sempre que a norma corporativa for invocada fora de seu âmbito próprio de incidência.

5.4.2 Resoluções estruturantes para a prática e para a defesa

Ao lado do Código de Ética Médica, algumas resoluções concentram especial relevância defensiva por disciplinarem condutas de alta frequência e elevado potencial de imputação. Destacam-se as que regem a documentação médica e o prontuário — inclusive quanto à guarda, à digitalização e ao acesso —, objeto de exame específico no Capítulo 10; a que disciplina a telemedicina, definindo modalidades, requisitos de registro e limites do atendimento à distância; e a que rege a publicidade e a propaganda médicas, tratada no item 5.6.

A recomendação prática que daí decorre é simples e de grande eficácia preventiva: o médico deve manter-se atualizado quanto às resoluções aplicáveis à sua especialidade e à sua forma de exercício profissional, porque o desconhecimento da norma corporativa não afasta a responsabilidade disciplinar e porque, no processo ético, a demonstração de conformidade normativa é frequentemente mais eficaz do que a discussão sobre o resultado assistencial.

5.5 Sigilo Profissional e Proteção de Dados: a Intersecção entre o Código de Ética Médica e a LGPD

5.5.1 O sigilo como dever deontológico

O sigilo médico é dever de matriz milenar, hoje disciplinado em capítulo próprio do Código de Ética Médica, que veda a revelação de fato de que o médico tenha conhecimento em virtude do exercício profissional, salvo por motivo justo, dever legal

ou consentimento, por escrito, do paciente (CFM, 2018). O mesmo bem jurídico recebe proteção penal no art. 154 do Código Penal, que tipifica a violação de segredo profissional, e proteção constitucional no art. 5.º, X e XII, da Constituição Federal.

A persistência do dever após a morte do paciente, a impossibilidade de invocá-lo para eximir-se de obrigações legais de notificação compulsória e a vedação ao seu uso como instrumento de ocultação de infração são pontos de atenção recorrentes na apuração disciplinar. Igualmente relevante é a hipótese, cada vez mais frequente na prática, de revelação em ambiente digital: a menção a casos clínicos em grupos de mensagens, em aulas ou em redes sociais, ainda que sem identificação nominal, pode configurar quebra de sigilo quando o conjunto de informações permitir a identificação do paciente.

5.5.2 Os dados de saúde como dados pessoais sensíveis

A Lei n.º 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais — classifica os dados referentes à saúde como dados pessoais sensíveis (art. 5.º, II), submetendo seu tratamento a regime jurídico mais restritivo do que o aplicável aos dados pessoais comuns (BRASIL, 2018). O médico, a clínica e o hospital são, para os fins da lei, controladores ou operadores desses dados, e respondem pelos danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos decorrentes do tratamento irregular, nos termos dos arts. 42 a 45.

O ponto de convergência com o Código de Ética Médica é evidente: o mesmo ato — a revelação indevida de informação clínica — pode simultaneamente configurar infração deontológica, ilícito civil indenizável, crime contra a inviolabilidade de segredo e infração administrativa sancionável pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados. A incidência cumulativa de regimes é, aqui, a regra, e não a exceção.

5.5.3 Hipóteses de tratamento e a vedação do compartilhamento com finalidade econômica

O art. 11 da LGPD admite o tratamento de dados sensíveis, entre outras hipóteses, mediante consentimento específico e destacado do titular ou, independentemente de consentimento, quando indispensável para a tutela da saúde, exclusivamente em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária (BRASIL, 2018). Essa segunda hipótese é a base legal ordinária da assistência médica: o registro do atendimento em prontuário não depende

de consentimento para proteção de dados, embora o ato assistencial em si dependa do consentimento livre e esclarecido examinado no Capítulo 6 — institutos que não se confundem e cuja assimilação indevida gera formulários híbridos, juridicamente frágeis em ambas as dimensões.

De particular relevância para a prática privada é a vedação, constante do § 4.º do art. 11, à comunicação ou ao uso compartilhado de dados pessoais sensíveis referentes à saúde com objetivo de obter vantagem econômica, ressalvadas as hipóteses legalmente excepcionadas, entre as quais a prestação de serviços de saúde e assistência farmacêutica em benefício do próprio titular. O dispositivo alcança arranjos comerciais frequentes — cessão de bases de pacientes, compartilhamento de listas para fins promocionais, integração de dados clínicos com plataformas de marketing — que, além da sanção administrativa, podem repercutir na esfera disciplinar como violação do dever de sigilo.

5.5.4 Incidentes de segurança, encarregado e repercussão ética

A ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante aos titulares impõe comunicação à Autoridade Nacional de Proteção de Dados e aos titulares afetados, em prazo razoável (art. 48). A adoção de medidas técnicas e administrativas de segurança, a indicação de encarregado pelo tratamento de dados e a manutenção de registro das operações realizadas constituem, a um só tempo, exigência legal e elemento de prova da diligência do profissional ou da instituição.

Sob a perspectiva defensiva, a documentação da governança de dados — políticas de acesso, controle de perfis no sistema de prontuário eletrônico, registros de auditoria — tem se revelado prova decisiva em apurações disciplinares que envolvem alegação de acesso indevido, bloqueio de acesso ou extração irregular de informações clínicas, especialmente em contextos de dissolução de sociedades profissionais e de litígios entre médicos que compartilham a mesma base assistencial.

5.6 Publicidade Médica: a Resolução CFM n.º 2.336/2023

5.6.1 A distinção entre publicidade e propaganda

A Resolução CFM n.º 2.336, de 13 de julho de 2023, com vigência a partir de 11 de março de 2024, promoveu a mais ampla revisão do regime da comunicação

médica em décadas, revogando a Resolução CFM n.º 1.974/2011 e normas correlatas (CFM, 2023). Sua primeira contribuição é conceitual: distingue publicidade — ato de promover estruturas físicas, serviços e qualificações do médico ou de seus estabelecimentos — de propaganda, entendida como divulgação de assuntos e ações de interesse da medicina. A norma anterior tratava ambas como fenômeno único.

A mudança de orientação foi expressiva. O regime anterior estruturava-se quase integralmente sobre vedações; o vigente parte da liberdade de anúncio, submetendo-a a parâmetros de responsabilidade, sobriedade e veracidade. Passaram a ser admitidas práticas antes proibidas ou vistas com reserva, entre as quais a divulgação de valores de consultas, formas de pagamento e campanhas promocionais, bem como a demonstração do trabalho realizado.

5.6.2 Identificação obrigatória e anúncio de qualificação

As peças de publicidade e propaganda médica devem conter elementos mínimos de identificação, entre os quais o nome do profissional e seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina; tratando-se de estabelecimentos assistenciais, exige-se ainda a indicação do registro no Conselho e a identificação do diretor técnico-médico responsável. Tais informações devem constar igualmente do ambiente virtual — sítios eletrônicos, blogs, redes sociais e congêneres —, e não apenas do material impresso.

Quanto à qualificação, somente pode anunciar-se especialista o médico com título devidamente registrado no Conselho. A resolução inovou ao permitir que o portador de pós-graduação lato sensu divulgue esse aprimoramento em forma de currículo, desde que acompanhado da expressão “não especialista” em caixa alta — solução que concilia a liberdade informativa com a vedação a induzir o paciente a erro quanto à titulação.

5.6.3 O uso da imagem do paciente e o requisito educativo

A alteração de maior impacto prático diz respeito à imagem do paciente, antes objeto de vedação expressa. A norma vigente admite seu uso mediante o cumprimento cumulativo de requisitos: finalidade educativa; pertinência do conteúdo à especialidade registrada do médico; acompanhamento de texto explicativo com as indicações terapêuticas e os fatores capazes de influenciar negativamente o resultado; vedação a qualquer manipulação ou aprimoramento da imagem; e

impossibilidade de identificação do paciente. Soma-se a isso a autorização expressa do titular, exigida tanto pelo dever de sigilo quanto pela disciplina da proteção de dados.

Em relação ao registro audiovisual de procedimentos, a resolução manteve tratamento restritivo, admitindo a captação por terceiros apenas na hipótese do parto. A narração do ato cirúrgico em tempo real e a divulgação de procedimentos com viés promocional permanecem incompatíveis com a norma, ainda quando o paciente consinta — o consentimento do titular não supre a vedação deontológica.

5.6.4 As vedações remanescentes

Subsistem, no regime vigente, vedações de aplicação frequente: prometer, garantir ou insinuar resultados; atribuir capacidade privilegiada a equipamento ou método, induzindo o paciente a crer que apenas determinada aparelhagem resolverá seu problema; induzir à crença de especialidade não titulada; participar de premiações de caráter promocional, do tipo “melhor médico” ou “destaque da especialidade”; adotar postura sensacionalista ou autopromocional; praticar concorrência desleal; e divulgar conteúdo inverídico. Os boletins médicos, por sua vez, devem observar tom sóbrio, impessoal e verídico, preservado o sigilo.

5.6.5 Redes sociais: a tríplice exposição

A migração da comunicação médica para as redes sociais produziu um fenômeno que merece registro específico: a mesma publicação pode gerar, simultaneamente, processo ético-profissional por infração à resolução de publicidade, responsabilização civil por publicidade enganosa nos termos do Código de Defesa do Consumidor e infração à legislação de proteção de dados pelo uso indevido da imagem e das informações clínicas do paciente. A produção de conteúdo digital deixou, assim, de ser atividade acessória do exercício profissional para converter-se em fonte autônoma e relevante de risco jurídico.

Do ponto de vista preventivo, recomenda-se a manutenção de arquivo das autorizações de imagem, a revisão prévia do conteúdo à luz dos requisitos da resolução e a preservação do material publicado — inclusive das versões editadas — , que constitui a prova primária em eventual apuração.

5.7 A Sindicância

5.7.1 Natureza e finalidade

O procedimento disciplinar médico é regido pelo Código de Processo Ético-Profissional, aprovado pela Resolução CFM n.º 2.306, de 17 de março de 2022, que substituiu a Resolução CFM n.º 2.145/2016, alterando numeração, prazos e a própria natureza da fase investigativa (CFM, 2022). A sindicância é o procedimento preliminar destinado a apurar a existência de indícios de infração ética e sua autoria, funcionando como juízo de admissibilidade da instauração do processo ético-profissional. Não é, portanto, processo em sentido próprio: é fase investigativa, inquisitorial em sua estrutura, ainda que submetida às garantias constitucionais mínimas.

A sindicância e o processo ético-profissional tramitam em sigilo processual — garantia estabelecida em benefício do médico investigado e da própria higidez da apuração, cuja violação pode ensejar responsabilização autônoma.

5.7.2 Instauração e trâmite

A sindicância pode ser instaurada mediante denúncia de qualquer interessado, por representação de autoridade ou de ofício pelo Conselho. Instaurada, é distribuída a conselheiro sindicante, que colhe as declarações do denunciante, notifica o médico para apresentar esclarecimentos, requisita o prontuário e demais documentos pertinentes e, ao final, elabora relatório conclusivo submetido à apreciação da câmara competente.

A competência para instaurar a sindicância, apreciar seu relatório e, se for o caso, instaurar o processo ético-profissional é, em regra, do Conselho Regional em cuja circunscrição ocorreu o fato, ainda que o médico não possua ali inscrição ou já tenha se transferido para outra circunscrição. A observância dessa regra de competência é questão preliminar que a defesa deve examinar de plano.

Embora a fase seja investigativa, a manifestação apresentada nessa etapa costuma ser decisiva. É nela que se pode desconstituir a premissa fática da denúncia, juntar o prontuário completo e o termo de consentimento e demonstrar a conformidade da conduta ao padrão técnico exigível — antes que a imputação se consolide em relatório conclusivo e adquira a força persuasiva de um documento oficial.

5.7.3 O prazo de conclusão e os efeitos de sua superação

O Código de Processo Ético-Profissional fixa prazo para a conclusão da sindicância, ordinariamente referido como de cento e oitenta dias. Trata-se, contudo, de prazo impróprio: sua superação não acarreta nulidade automática nem extinção do procedimento, tampouco enseja arquivamento por decurso de prazo. A defesa que sustenta a nulidade com fundamento exclusivo no excesso de prazo tende ao insucesso.

A alegação, para ser tecnicamente sustentável, deve ancorar-se nos princípios da duração razoável do processo e da segurança jurídica, e demonstrar prejuízo concreto à defesa decorrente da demora — perecimento de prova, indisponibilidade de testemunhas, comprometimento da memória dos fatos. Distinta é a hipótese do procedimento paralisado por mais de três anos, pendente de despacho ou julgamento, ao qual a norma comina arquivamento de ofício ou a requerimento da parte interessada, sem prejuízo da apuração de responsabilidade de quem tenha dado causa ao excesso. Esta, sim, é a previsão dotada de consequência processual efetiva.

Impõe-se, ainda, precisão terminológica: a sindicância não é “julgada”, mas concluída, com apreciação do relatório conclusivo pela câmara competente. A confusão entre as etapas processuais compromete a própria análise jurídica e enfraquece a peça defensiva.

5.7.4 Desfechos possíveis e o Termo de Ajustamento de Conduta

Apreciado o relatório conclusivo, a sindicância pode resultar em arquivamento, quando ausentes indícios de infração ética ou de autoria; na celebração de termo de ajustamento de conduta, nas hipóteses e sob as condições previstas no Código de Processo Ético-Profissional; ou na instauração do processo ético-profissional.

O termo de ajustamento de conduta constitui instrumento consensual pelo qual o médico se compromete a adotar determinado comportamento, evitando a instauração do processo. Sua adesão exige análise cuidadosa: se de um lado encerra a apuração sem sanção, de outro pressupõe a delimitação de um objeto — a descrição dos fatos imputados — e implica impedimento de firmar novo termo, sobre qualquer assunto, pelo período de cinco anos contados da assinatura. O descumprimento das condições pactuadas acarreta a instauração imediata do processo ético-profissional.

A decisão sobre aderir ou não ao ajustamento é, portanto, estratégica, e deve considerar a existência de repercussões paralelas nas esferas civil e penal.

5.8 O Processo Ético-Profissional

5.8.1 Instauração e delimitação da imputação

Instaurado o processo ético-profissional, o médico passa à condição de denunciado e é citado para apresentar defesa prévia, com indicação das provas que pretende produzir e do rol de testemunhas. A citação deve vir acompanhada da delimitação da imputação — a descrição dos fatos e a capitulação dos dispositivos do Código de Ética Médica supostamente violados —, elemento sem o qual o contraditório não pode ser validamente exercido.

5.8.2 Defesa prévia, instrução e julgamento

A instrução é conduzida por conselheiro instrutor e compreende a oitiva do denunciante, do denunciado e das testemunhas, além da produção da prova documental e, quando necessária, da prova técnica. Ao denunciado são assegurados o direito ao silêncio — que não importa confissão nem pode ser interpretado em seu prejuízo —, a assistência por advogado e a formulação de perguntas às testemunhas.

Encerrada a instrução, apresentadas as alegações finais e elaborado o relatório pelo conselheiro relator, os autos são levados a julgamento pela câmara ou pelo plenário do Conselho Regional, conforme a competência aplicável. A sessão de julgamento assegura a sustentação oral pela defesa, cuja preparação exige síntese rigorosa: a argumentação técnica desenvolvida por escrito deve ser reduzida aos dois ou três pontos capazes de desconstituir a imputação perante um colegiado composto, majoritariamente, por médicos.

5.8.3 As penalidades do art. 22 da Lei n.º 3.268/1957

As penalidades disciplinares são as previstas no art. 22 da Lei n.º 3.268/1957, em gradação crescente: advertência confidencial em aviso reservado; censura confidencial em aviso reservado; censura pública em publicação oficial; suspensão do exercício profissional até trinta dias; e cassação do exercício profissional, esta dependente de referendo do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1957).

A distinção entre as sanções confidenciais e as públicas é de relevo prático considerável. As duas primeiras não são divulgadas a terceiros; a censura pública, ao contrário, é veiculada em publicação oficial, com repercussão reputacional que frequentemente supera, na percepção do profissional, a própria gravidade jurídica da sanção. Daí por que a dosimetria — e não apenas a absolvição — deve integrar o objeto da defesa, com demonstração das circunstâncias atenuantes, da primariedade e da ausência de dano ou de sua reparação espontânea.

5.8.4 Recursos

Das decisões proferidas pelo Conselho Regional cabe recurso ao Conselho Federal de Medicina, instância administrativa revisora, observados os prazos e as formalidades do Código de Processo Ético-Profissional. A pena de cassação do exercício profissional submete-se, ainda, a referendo do Conselho Federal, independentemente de recurso da parte. Esgotada a via administrativa, remanesce o controle jurisdicional quanto à legalidade e à regularidade do procedimento.

5.9 A Prescrição no Âmbito Ético-Disciplinar

A punibilidade por falta ética sujeita a processo ético-profissional prescreve em cinco anos, contados a partir da data do efetivo conhecimento do fato pelo Conselho Regional de Medicina (CFM, 2022). O critério adotado é, portanto, subjetivo — e não objetivo: o prazo não corre da data do fato, mas do momento em que o Conselho dele toma conhecimento efetivo. A consequência prática é expressiva: fatos ocorridos há muitos anos podem ser validamente apurados se a denúncia é apresentada apenas agora.

Subsiste debate relevante quanto à compatibilidade desse critério com o regime da Lei n.º 9.873/1999, que fixa prazo quinquenal contado da data da prática do ato para o exercício da ação punitiva pela Administração Pública Federal direta e indireta. A tese de aplicação do critério objetivo tem significativo alcance prático nas hipóteses de denúncia tardia, e merece ser deduzida sempre que o intervalo entre o fato e o conhecimento pelo Conselho for expressivo.

O prazo prescricional sofre interrupção pelas hipóteses expressamente previstas, entre as quais o conhecimento expresso ou a citação do denunciado, inclusive por edital, e fica suspenso enquanto perdurarem os efeitos de medida judicial que determine a suspensão da apuração ética. Ao lado da prescrição da pretensão

punitiva, disciplina-se a prescrição da pretensão executória, igualmente quinquenal, relativa à execução da penalidade aplicada. Registre-se, por fim, a previsão de arquivamento do procedimento paralisado por mais de três anos, examinada no item 5.7.3.

5.10 A Independência das Instâncias e os Efeitos Cruzados

O processo e o julgamento das infrações ao Código de Ética Médica são independentes do processo e do julgamento das questões cível e criminal relativas aos mesmos fatos. Essa independência, contudo, não é absoluta. A sentença penal absolutória influi na apuração ética quando fundada na prova da inexistência do fato ou na prova de que o denunciado não concorreu para a infração penal — hipóteses dos incisos I e IV do art. 386 do Código de Processo Penal —, precisamente porque, nesses casos, desaparece o próprio suporte fático da imputação disciplinar.

Fora dessas hipóteses, a absolvição penal por insuficiência de provas ou por atipicidade não vincula o Conselho, assim como a improcedência da ação indenizatória não impede a condenação ética. O inverso também é verdadeiro e merece especial atenção: a condenação ética, embora não vincule o juízo cível, é rotineiramente juntada aos autos da ação indenizatória como elemento de convicção, com considerável força persuasiva. Daí a necessidade de coordenação estratégica entre as defesas conduzidas nas três esferas — tema desenvolvido nos Capítulos 12 e 14 —, de modo a evitar que a tese sustentada perante o Conselho comprometa a posição defendida em juízo.

5.11 Considerações Finais do Capítulo

A responsabilidade ético-profissional constitui esfera autônoma, com fundamento normativo, rito e sanções próprios, cuja apuração independe da existência de dano e cujos efeitos alcançam diretamente o registro profissional e a reputação do médico. Seu marco normativo é composto pela Lei n.º 3.268/1957, pelo Código de Ética Médica e pelo Código de Processo Ético-Profissional, densificados por um sistema de resoluções que concretizam, em cada domínio, o padrão de conduta exigível.

Dois domínios normativos ganharam, nos últimos anos, centralidade que não possuíam: a proteção de dados pessoais, que converteu o dever milenar de sigilo em

obrigação de governança documentada e sancionável por autoridade administrativa própria; e a publicidade médica, cuja liberalização trouxe consigo a multiplicação das hipóteses de infração e a sobreposição de regimes ético, consumerista e de proteção de dados sobre um mesmo ato de comunicação.

A conclusão que se impõe é de ordem preventiva. O médico que documenta adequadamente o atendimento, que obtém e registra o consentimento, que conhece as resoluções aplicáveis à sua especialidade e que submete sua comunicação digital a critério prévio de conformidade reduz drasticamente sua exposição disciplinar — e, quando ainda assim denunciado, dispõe do acervo probatório necessário à demonstração de sua diligência. A defesa ética eficaz começa, invariavelmente, antes da denúncia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 out. 1957.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 13 out. 1941.

BRASIL. Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990.

BRASIL. Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 fev. 1999.

BRASIL. Lei n.º 9.873, de 23 de novembro de 1999. Estabelece prazo de prescrição para o exercício de ação punitiva pela Administração Pública Federal, direta e indireta. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 nov. 1999.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 ago. 2018.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.152, de 30 de setembro de 2016. Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. 2016, Seção I, p. 566.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 nov. 2018. (Modificada pelas Resoluções CFM n.º 2.222/2018 e n.º 2.226/2019.)

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.306, de 17 de março de 2022. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 mar. 2022.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.336, de 13 de julho de 2023. Dispõe sobre publicidade e propaganda médicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023. Vigência a partir de 11 mar. 2024.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM moderniza resolução da publicidade médica. Portal Médico, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-resolucao-da-publicidade-medica/>. Acesso em: 14 set. 2026.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Publicidade médica: o que muda. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://publicidademedica.cfm.org.br/resolucao/o-que-muda>. Acesso em: 14 set. 2026.

CAPÍTULO 6
ESTRUTURAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) NA PRÁTICA MÉDICA

6.1 O TCLE como Pilar da Defesa Preventiva do Médico

A defesa do médico, no âmbito da responsabilidade civil, inicia-se essencialmente na prevenção, por meio da adoção de condutas técnicas e documentais que assegurem a adequada formalização do ato médico. Nesse contexto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destaca-se como o segundo documento mais relevante para a proteção jurídica do profissional, ficando atrás apenas do prontuário médico.

A relação entre esses dois instrumentos é complementar e indissociável. O prontuário comprova a boa conduta profissional e o cumprimento do dever informacional, servindo como elemento de defesa em ações judiciais, especialmente em casos de suposto erro médico. O TCLE, por sua vez, atua de forma preventiva: documenta, de maneira clara e estruturada, as informações essenciais relativas à doença, às alternativas terapêuticas, aos riscos inerentes e às possíveis complicações do procedimento, além de formalizar o consentimento livre e consciente do paciente. A máxima jurídica de que “o que não está nos autos, não está no mundo” aplica-se integralmente a esses documentos: a correta elaboração e a aplicação do TCLE são algumas das mais poderosas ferramentas de defesa, pois demonstram boa-fé e transparência, elementos altamente valorizados pelo Judiciário e que podem ser decisivos para o desfecho de uma ação.

O TCLE constitui, portanto, instrumento fundamental de prevenção de litígios, na medida em que delimita o campo do risco permitido, reduz a assimetria informacional na relação médico-paciente e constitui elemento probatório robusto para afastar alegações de falha informacional ou desconhecimento dos riscos envolvidos. Conforme a Recomendação CFM n.º 1/2016, o consentimento é um processo em constante evolução — e não um ato isolado — , incorporando a participação ativa do paciente nas tomadas de decisão sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que lhe são indicados (CFM, 2016).

Ainda do ponto de vista estratégico, importa registrar o alerta de BSA Advogados (2025): a análise do contencioso médico contemporâneo migrou da

performance técnica — subjetiva e de difícil comprovação — para a performance informacional, que pode ser objetivamente comprovada ou refutada pelo TCLE. Isso significa que um médico tecnicamente impecável, mas com falha informacional, pode ser condenado; ao passo que o profissional com documentação robusta e individualizada tem condições concretas de demonstrar sua diligência perante o Judiciário.

6.2 Natureza Jurídica e Fundamentos Normativos

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constitui instrumento jurídico e técnico essencial na prática médica contemporânea, representando a materialização do dever de informação e da autonomia do paciente. Nos termos da Recomendação CFM n.º 1/2016, o consentimento livre e esclarecido consiste no “ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante legal, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados” (CFM, 2016). Sua correta elaboração não se limita a um requisito formal, mas integra o próprio conceito de lex artis, sendo elemento indispensável para a validade do ato médico e para a adequada delimitação da responsabilidade civil do profissional.

Do ponto de vista normativo, o dever de informar encontra fundamento em múltiplos planos. No campo consumerista, os arts. 6º, inciso III, e 14 do Código de Defesa do Consumidor estabelecem o direito do consumidor à informação adequada e clara sobre os serviços prestados e a responsabilidade pela sua falha (BRASIL, 1990). No âmbito civil, os arts. 186 e 927 do Código Civil impõem a reparação do dano decorrente de ato ilícito, incluindo a omissão relevante de informação, e o art. 15 reconhece o direito à autodeterminação do paciente como expressão dos direitos da personalidade (BRASIL, 2002). No campo constitucional, o princípio da dignidade da pessoa humana (CF, art. 1º, III) e o direito à informação fundamentam a exigência de consentimento genuinamente livre e consciente. No plano deontológico, o art. 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 2.217/2018) veda expressamente ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte” (CFM, 2018).

A Recomendação CFM n.º 1/2016, por sua vez, representa a norma mais detalhada sobre o processo de consentimento no Brasil, apresentando as melhores práticas a serem adotadas pelos profissionais médicos. Embora tecnicamente uma recomendação — e não uma resolução vinculante — , seu conteúdo tem sido sistematicamente invocado pelo Judiciário e pela doutrina como parâmetro de adequação da conduta médica ao dever informacional (JUSBRASIL, 2023; MIGALHAS, 2024).

Relevante observar que, diferentemente de outros países como a Espanha, que possuem lei ordinária específica sobre consentimento informado, o Brasil não conta com diploma legal próprio sobre a matéria. O ordenamento jurídico brasileiro regula o tema de forma fragmentada — pelo CDC, Código Civil, Código de Ética Médica e Recomendação CFM n.º 1/2016 — , o que reforça a importância da adoção voluntária das diretrizes do CFM como forma de demonstrar comprometimento com o padrão de qualidade informacional exigido (SCIELO, 2022).

6.3 O TCLE como Processo Comunicativo Contínuo

A estruturação adequada do TCLE deve refletir não apenas a formalização do consentimento, mas a efetiva compreensão do paciente acerca do procedimento proposto. A Recomendação CFM n.º 1/2016 enfatiza que o consentimento é um processo — e não um ato — composto por três fases: (a) elementos iniciais, referentes às condições que tornam o consentimento possível; (b) elementos informativos, relativos à qualidade e suficiência das informações prestadas; e (c) compreensão da informação, que verifica se o paciente efetivamente assimilou o que lhe foi comunicado (JUSBRASIL, 2023).

Nesse sentido, o documento escrito representa apenas a formalização desse processo comunicativo, não o substituindo. O Conselho Federal de Medicina orienta que as informações devem ser claras, pertinentes e suficientes, abrangendo justificativas, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações e demais aspectos inerentes ao procedimento, de modo a permitir decisão segura e livre por parte do paciente (CFM, 2016; CFM, 2018). Esse esclarecimento prévio não constitui prática de medicina defensiva: conforme a própria Recomendação CFM n.º 1/2016, trata-se de obrigação ética e legal voltada à autonomia do paciente, e não à proteção instrumental do profissional.

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), em sua orientação sobre o TCLE para cirurgiões, recomenda que o momento da assinatura seja precedido de uma conversa clara, empática e documentada com o paciente — e, se necessário, com familiares — , garantindo que todas as dúvidas tenham sido sanadas (CBC, 2025). O consentimento deve ser de fato “livre” e “esclarecido”, e não apenas formalizado por assinatura colhida no corredor às vésperas do procedimento.

6.4 Estrutura e Conteúdo Obrigatório do TCLE

A estrutura do TCLE deve ser construída de maneira individualizada, clara e tecnicamente coerente, respeitando as particularidades clínicas de cada caso e evitando padronizações genéricas. A utilização de modelo hospitalar genérico é prática expressamente desaconselhada, pois os termos hospitalares, em regra, não atendem às especificidades exigidas pela Recomendação CFM n.º 1/2016 e podem ser invalidados em eventual processo judicial (MIGALHAS, 2024). Apresentam-se a seguir os elementos que devem necessariamente compor o documento:

6.4.1 Identificação das partes e do procedimento

A identificação completa do paciente, do médico responsável, da equipe envolvida, da instituição e da data constitui elemento inicial indispensável, estabelecendo o vínculo formal entre as partes e individualizando o ato médico. Deve constar o número de registro do profissional no CRM e, quando aplicável, o Registro de Qualificação de Especialista (RQE), de forma a evidenciar a habilitação específica para o procedimento proposto.

6.4.2 Diagnóstico e indicação clínica

A descrição do diagnóstico deve ser apresentada em linguagem acessível ao leigo, ainda que tecnicamente fundamentada, permitindo que o paciente compreenda a razão pela qual o procedimento está sendo indicado. A linguagem, segundo orientação do CFM, deve ser clara, objetiva e compatível com o nível de compreensão do paciente, sendo vedado o uso de terminologia excessivamente técnica sem a devida explicação acessível (CFM, 2016; MIGALHAS, 2024).

6.4.3 Descrição detalhada do procedimento

A descrição do procedimento deve ser específica e detalhada, incluindo técnicas que serão empregadas, materiais e implantes utilizados, duração estimada e

eventuais variações técnicas possíveis durante a intervenção. A Recomendação CFM n.º 1/2016 orienta que o conteúdo seja diretamente relacionado às circunstâncias concretas do caso, evitando generalizações que comprometam a validade do consentimento (CFM, 2016). A omissão ou superficialidade nessa etapa pode gerar nulidade do consentimento e caracterizar falha autônoma na prestação do serviço.

6.4.4 Alternativas terapêuticas

A apresentação das alternativas terapêuticas constitui elemento juridicamente indispensável, devendo incluir, inclusive, a possibilidade de não realização do procedimento e suas respectivas consequências. O paciente deve ser colocado em posição de efetiva autonomia decisória, podendo confrontar as informações recebidas com seus valores pessoais e com a orientação médica recebida. A ausência de alternativas no TCLE pode violar o direito fundamental de escolha do paciente e, por via de consequência, comprometer a validade do consentimento prestado (BSA ADVOGADOS, 2025; CFM, 2016).

6.4.5 Riscos gerais e específicos

A seção de riscos e complicações assume papel central no TCLE, pois delimita o campo do risco inerente e estabelece os limites do risco permitido assumido pelo paciente. Devem ser informados tanto os riscos gerais — inerentes a qualquer procedimento cirúrgico ou invasivo — quanto os riscos específicos da intervenção proposta, incluindo sua frequência e gravidade potencial. O CFM destaca que a informação deve ser substancialmente adequada, em quantidade e qualidade suficientes para permitir decisão consciente, não sendo exigida a exposição de detalhes técnicos irrelevantes, mas sim de informações que impactem a tomada de decisão (CFM, 2016).

Além dos riscos gerais do procedimento, o STJ firmou entendimento, no REsp 1.848.862/RN, de que devem ser expressamente informados os fatores individuais do paciente que possam agravar o risco — condições clínicas preexistentes, comorbidades, características anatômicas particulares — , sob pena de caracterização de falha informacional passível de responsabilização civil (STJ, REsp 1.848.862/RN, j. 05/04/2022).

6.4.6 Fatores de mau prognóstico e condições preexistentes

A inclusão dos fatores de mau prognóstico é medida de elevada relevância técnica e jurídica. Condições preexistentes, comorbidades, cirurgias anteriores, doenças degenerativas e limitações clínicas devem ser expressamente registradas no TCLE. Esse registro cumpre dupla função: por um lado, reforça a transparência e a individualização da relação médico-paciente; por outro, permite ao médico, em eventual demanda judicial, demonstrar que o desfecho adverso estava relacionado às condições clínicas do próprio paciente, e não a falha de conduta, afastando o nexo causal entre o ato médico e o resultado indesejado (CORREIA-LIMA, 2012).

6.4.7 Declaração de ciência e consentimento

A declaração final de ciência e consentimento deve refletir a manifestação livre e esclarecida do paciente, confirmando que recebeu informações suficientes, compreendeu os riscos envolvidos e optou, de forma consciente, pelo procedimento proposto. Deve constar, ainda, a declaração de que o paciente teve oportunidade de formular perguntas e que suas dúvidas foram adequadamente esclarecidas. A Recomendação CFM n.º 1/2016 prevê que o paciente ou seu representante legal, após esclarecido, assume a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico assistente, o que também reforça o caráter bilateral do compromisso estabelecido pelo TCLE (CFM, 2016; PREIMA, 2020).

6.4.8 Assinaturas, testemunhas e arquivamento

O fechamento do TCLE com assinatura do paciente ou representante legal, do médico, de testemunhas e com data completa reforça sua validade jurídica e probatória. Recomenda-se que o documento seja elaborado em duas vias: uma retida pelo médico e outra entregue ao paciente, ambas identificadas e assinadas (REVODONTO, 2012). O arquivamento do TCLE integrado ao prontuário médico é indispensável. A Recomendação CFM n.º 1/2016 orienta que o documento seja elaborado com fonte legível (mínimo corpo 12), preferencialmente impresso, evitando-se práticas que possam comprometer sua compreensão ou validade. O documento deve ser obtido com antecedência suficiente ao procedimento, não sendo válido o consentimento colhido momentos antes da intervenção, quando o paciente não dispõe de tempo real para reflexão e esclarecimento de dúvidas (BSA ADVOGADOS, 2025).

6.5 Limites e Natureza Jurídica do TCLE

Importa destacar, com precisão técnica, que o TCLE não possui natureza de cláusula excludente geral de responsabilidade. Ele não protege o médico contra o erro técnico, mas delimita o campo do risco inerente assumido pelo paciente. Sua função é evitar a imputação de responsabilidade por eventos previsíveis e informados — os riscos clinicamente inerentes ao procedimento — , e não afastar a responsabilidade por condutas inadequadas, negligentes, imprudentes ou imperitas.

Como analisado no Capítulo 4, a simples previsão de riscos no TCLE não exime o médico quando demonstrado que o resultado danoso decorreu de conduta culposa. O risco listado no termo é o risco inerente, que qualquer paciente medianamente informado e qualquer médico medianamente diligente reconheceria como possível decorrência do procedimento. Quando o evento adverso é, na realidade, consequência direta de falha técnica, não há risco assumido — há erro médico, e o TCLE não funciona como escudo (MIGALHAS, 2026).

O TCLE também não se confunde com o prontuário médico. Enquanto o prontuário documenta o processo clínico em sua integralidade — anamnese, exame físico, diagnóstico, evolução e condutas — , o TCLE documenta especificamente o processo de comunicação e a obtenção do consentimento. A coerência entre esses dois documentos é essencial: disparidades entre o que foi informado no TCLE e o que consta registrado no prontuário podem gerar presunções desfavoráveis ao profissional (GARCIA & GARCIA ADVOGADOS, 2025).

6.6 O TCLE como Instrumento de Defesa Estratégica: Análise pelo Patrono

Do ponto de vista estratégico, a adequada elaboração do TCLE constitui um dos principais instrumentos de defesa do médico. A análise minuciosa desse documento deve ser realizada pelo patrono do profissional em eventual demanda judicial, com atenção a cinco aspectos fundamentais:

Completude. Verificar se todos os elementos obrigatórios — identificação, diagnóstico, procedimento, alternativas, riscos gerais, riscos específicos, fatores de mau prognóstico e declaração de ciência — estão adequadamente preenchidos, sem lacunas relevantes.

Individualização. Confirmar se o documento foi elaborado especificamente para o caso clínico concreto, e não por simples preenchimento de modelo genérico. A

Recomendação CFM n.º 1/2016 é expressa: deve-se redigir um documento para cada procedimento, contendo o teor específico das informações referentes àquele caso (CFM, 2016; JUSBRASIL, 2023).

Acessibilidade da linguagem. Aferir se o termo foi redigido em linguagem clara e compreensível ao leigo, sem o uso de terminologia técnica inacessível que comprometesse a real compreensão do paciente.

Coerência com o prontuário. Checar se as informações contidas no TCLE são consistentes com os dados clínicos registrados no prontuário — diagnóstico, indicação cirúrgica, achados relevantes e condições preexistentes. A ausência de coerência entre esses documentos pode criar presunções desfavoráveis ao profissional no processo.

Validade formal. Verificar se o documento foi assinado com antecedência adequada ao procedimento, se conta com as assinaturas necessárias (paciente ou representante legal, médico e testemunhas) e se foi devidamente arquivado no prontuário.

Quando corretamente estruturado, em conformidade com as diretrizes do Conselho Federal de Medicina, o TCLE permite demonstrar que o paciente foi devidamente informado antes do procedimento, afastando alegações de desconhecimento e reduzindo significativamente o risco de responsabilização civil por falha informacional (CFM, 2016; STJ, REsp 1.848.862/RN, 2022).

6.7 O TCLE em Situações Especiais

Algumas situações clínicas demandam atenção redobrada na elaboração e obtenção do TCLE, em razão de particularidades que elevam o padrão de exigência informacional:

Cirurgia plástica estética. Nessa categoria, o padrão de exigência informacional é máximo, dado o caráter eletivo e voluntário do procedimento e a elevada expectativa de resultado. A falha no dever de informar em cirurgias estéticas tem consequências jurídicas mais severas, podendo configurar responsabilidade pela privação do direito de autodeterminação do paciente, gerando o dever de indenizar de forma autônoma (BSA ADVOGADOS, 2025).

Pacientes incapazes. Quando o paciente for menor de idade ou portador de incapacidade civil, o TCLE deve ser assinado pelo representante legal, sem prejuízo

do dever de informação ao próprio paciente, na medida de sua capacidade de compreensão. Esse requisito está expressamente previsto na Recomendação CFM n.º 1/2016 e é essencial para a validade jurídica do documento (CFM, 2016; PORTALPED, 2017).

Situações de emergência. Em situações de urgência com risco iminente de vida, o CEM (art. 22) e o próprio Código Civil (art. 15) dispensam a obtenção prévia do consentimento, devendo o médico agir em benefício da vida do paciente. Contudo, assim que superada a emergência, o dever de informação se restabelece, e o prontuário deve registrar detalhadamente as circunstâncias que justificaram a intervenção sem consentimento prévio (CFM, 2018).

Procedimentos de alto risco. Quanto maior a complexidade e o risco do procedimento — cirurgias cardíacas, transplantes, procedimentos neurocirúrgicos — , maior é o padrão de exigência informacional. Nesses casos, é altamente recomendável que o TCLE seja documentado por escrito, com linguagem especialmente cuidadosa, e que a conversa prévia com o paciente seja registrada em prontuário (JUSBRASIL, 2023).

6.8 O TCLE na Perspectiva da Advocacia Preventiva

A adoção de uma cultura de elaboração rigorosa do TCLE integra o que se denomina advocacia preventiva no direito médico: a abordagem proativa que visa identificar e mitigar os riscos jurídicos antes que se transformem em litígio. Além da revisão de documentos, a advocacia preventiva atua na capacitação da equipe; treinamentos sobre como preencher corretamente o prontuário, como conduzir o processo de consentimento informado e como se comunicar de forma empática e segura com os pacientes criam uma cultura de segurança jurídica.

Em um tribunal, o que não está escrito não existe. O prontuário médico não é apenas um registro clínico; é um documento jurídico de defesa. Muitos profissionais são condenados não por falha técnica, mas por “ausência de prova de zelo”. O mesmo raciocínio aplica-se ao TCLE: um médico tecnicamente diligente, mas sem documentação adequada do processo de consentimento, pode ter sua conduta questionada de forma que seria evitável com a simples formalização adequada.

Nesse contexto, o TCLE deve ser compreendido como parte integrante e indissociável do ato médico — e não como instrumento burocrático adicional. Sua

correta elaboração e aplicação demonstram observância da lex artis, enquanto sua ausência ou inadequação pode configurar falha autônoma, caracterizando negligência informacional com consequências jurídicas independentes do acerto técnico do procedimento realizado.

REFERÊNCIAS

BSA ADVOGADOS. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): a nova fronteira da responsabilidade civil médica. 2025. Disponível em: <https://bsaadvogados.com.br/termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido-tcle-a-nova-fronteira-da-responsabilidade-civil-medica/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Código Civil (Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002). Brasília: Presidência da República, 2002. Arts. 15, 186 e 927.

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990). Brasília: Presidência da República, 1990. Arts. 6º, III, e 14.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988. art. 1º, III.

CBC — COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). 2025. Disponível em: <https://cbc.org.br/termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido-tcle/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação CFM n.º 1/2016. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília: CFM, 21 jan. 2016.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018. art. 22.

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. Erro médico e responsabilidade civil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

FRANÇA, Genival Veloso de. Direito Médico. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

GARCIA & GARCIA ADVOGADOS. Processo médico: entenda por que a documentação é sua melhor defesa. 2025. Disponível em: <https://www.garciaegarcia.com.br/processo-médico-entenda-por-que-a-documentacao-e-sua-melhor-defesa/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Como elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). 2023. Disponível em: <https://marciapazinatto.jusbrasil.com.br/artigos/815695656/como-elaborar-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido-tcle>. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. O que é o consentimento livre e esclarecido na prática médica sob a perspectiva da Recomendação CFM n.º 1/2016. 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-que-e-o-consentimento-livre-e-esclarecido-na-pratica-medica-sob-a-perspectiva-da-recomendacao-cfm-n-1-2016/813819572>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIGALHAS. Estratégias de blindagem jurídica e gestão de carreira para médicos. Abr. 2026. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/450622>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIGALHAS. Responsabilidade civil do médico: erro médico ou insucesso terapêutico. Jan. 2026. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/447299>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIGALHAS. Termo de consentimento livre e esclarecido. Out. 2024. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/416523/termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIGALHAS. Prontuário médico: como proteger o médico de riscos jurídicos. Nov. 2024. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/420128>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MODELOINICIAL. Termo de Consentimento Médico — Livre e Esclarecido (TCLE). 2025. Disponível em: <https://modeloinicial.com.br/materia/responsabilidade-civil-medica-termo-consentimento-médico-livre-esclarecido-tcle>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PORTALPED. Explicando o TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. 2017. Disponível em: <https://www.portalped.com.br/conteudo-especial/direito-médico-e-bioetica/explicando-o-tcle-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PREIMA ADVOGADOS. Destaques da Recomendação n.º 1/2016 do CFM. 2020. Disponível em: <https://www.preimacoelhoadvogados.com.br/destaques-da-recomendacao-no-1-2016-do-cfm/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

REVODONTO. Uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por cirurgiões-dentistas. Revista de Odontologia, 2012.

SCIELO. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. Bioética, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/bioet/a/KCpDXHw6LJNf4CgtBKLsBYJ/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

STJ — SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. REsp 1.848.862/RN, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, por unanimidade, j. 5 abr. 2022, DJe 8 abr. 2022. Informativo n.º 733.

VX MED. TCLE: tudo que precisa saber sobre o termo de consentimento. 2026. Disponível em: https://vx.med.br/tcle/. Acesso em: 12 abr. 2026.

CAPÍTULO 7
RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO: ANÁLISE DOS TIPOS PENAIS

A responsabilidade penal do médico deve ser compreendida a partir da tipificação de condutas específicas previstas no Código Penal (Decreto-Lei n.º 2.848/1940) e em legislações correlatas, as quais incidem quando o profissional, no exercício da medicina, viola o dever objetivo de cuidado ou transgride normas legais que regem sua atuação. Diferentemente de uma abordagem meramente principiológica, a análise dos tipos penais permite delimitar com precisão as hipóteses em que a atuação médica ultrapassa o campo do risco permitido e ingressa na esfera da ilicitude penal (PRATES; MARQUARDT, 2003).

Para que qualquer conduta médica seja penalmente relevante, é imprescindível a presença de todos os elementos estruturais do crime em seu conceito analítico: fato típico, ilicitude e culpabilidade. Conforme Masson (2022), tais elementos formam a estrutura tripartida adotada pela doutrina majoritária brasileira, sendo que a ausência de qualquer um deles afasta a responsabilização penal, mesmo diante de resultado adverso ao paciente. Esse ponto é essencial: o Direito Penal não pune o insucesso terapêutico, mas sim a conduta que se afasta da lex artis ad hoc, isto é, do padrão técnico exigido para o caso concreto (MASCARELLO; BERTOGLIO, 2019).

Nesse contexto, a literatura jurídica contemporânea, com especial apoio em Hans Welzel, define a imprudência — modalidade central de culpa nos crimes médicos — como a lesão do dever de cuidado objetivo exigido (CONTEÚDO JURÍDICO, 2019). No Direito Penal brasileiro, o art. 18, inciso II, do Código Penal enuncia o crime culposo como aquele em que o agente dá causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia, sem querer o resultado nem assumir o risco de produzi-lo. A doutrina esclarece que negligência é a omissão do cuidado exigível; imprudência, a ação precipitada e descuidada; e imperícia, a falta de habilidade ou de conhecimento técnico no exercício de arte ou profissão (CAPEZ, 2022).

7.1 Crimes Comuns no Contexto da Atividade Médica

Os delitos relacionados à atividade médica dividem-se em crimes comuns e crimes próprios da profissão. Os crimes comuns são aqueles que podem ser praticados por qualquer indivíduo, mas que, no contexto médico, assumem contornos

específicos em razão da relação assistencial estabelecida com o paciente (PRATES; MARQUARDT, 2003). Já os crimes próprios são aqueles cuja prática exige a condição de médico, dada a natureza da atividade profissional desempenhada.

7.1.1 Homicídio Culposo (art. 121, §3º, do CP)

O homicídio culposo, previsto no art. 121, §3º, do Código Penal, é a figura penal mais grave que pode recair sobre o médico no exercício da profissão. Configura-se quando o profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causa a morte do paciente sem qualquer intenção de matar (SILVA, 2025). Exemplos clássicos incluem: a omissão de um procedimento clinicamente indicado (negligência); a realização de ato cirúrgico sem os cuidados técnicos exigidos (imprudência); e a execução de técnica para a qual o profissional não detém domínio suficiente (imperícia) (MIGALHAS, 2025).

A pena prevista é de detenção de um a três anos. Entretanto, conforme o §4º do art. 121 do Código Penal, a pena é aumentada de um terço quando o crime decorrer da inobservância de regras técnicas da profissão, quando o agente deixar de prestar socorro à vítima, não diminuir as consequências do evento ou fugir para evitar prisão em flagrante (MASCARELLO; BERTOGLIO, 2019). Esse agravamento específico reflete a especial reprovabilidade da conduta do profissional que deveria justamente ser o guardião da vida e da saúde do paciente.

É indispensável, em qualquer hipótese, a comprovação do nexo causal entre a conduta médica e o resultado morte. A jurisprudência brasileira é rigorosa ao exigir demonstração clara de que o desfecho fatal decorreu de conduta inadequada do profissional — e não de complicação inerente ao procedimento ou da evolução natural da enfermidade (REVISTAFT, 2024). Conforme decidido pelo Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo, pratica homicídio culposo o médico que, agindo com negligência, deixa de examinar convenientemente paciente em estado de saúde precário, que acaba falecendo em decorrência da conduta omissiva (TACrSP, Rel. Juiz Joaquim Francisco, JTACrim – Lex XIII/203).

Além da modalidade culposa, a doutrina reconhece a possibilidade de o médico responder por homicídio doloso, em especial na forma de dolo eventual, quando o profissional assume conscientemente o risco de produzir a morte do paciente, mesmo sem desejá-la diretamente. Essa hipótese, embora excepcional, não é descartada

pela jurisprudência em casos de condutas temerárias e reiteradas (REVISTAFT, 2024).

7.1.2 Lesão Corporal Culposa (art. 129, §6º, do CP)

A lesão corporal culposa, prevista no art. 129, §6º, do Código Penal, configura-se quando o médico, sem intenção, ofende a integridade corporal ou a saúde do paciente em decorrência de falha no dever objetivo de cuidado. A pena é de detenção de dois meses a um ano. Exemplos concretos incluem queimaduras por mau uso de bisturi elétrico, amputação equivocada de membro sadio e redução da acuidade visual decorrente de erro cirúrgico (REVISTA UNINGÁ, 2019).

Tal como no homicídio culposo, o §7º do art. 129 do Código Penal prevê aumento de pena de um terço quando o delito decorrer da inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício; quando a vítima não for socorrida; quando não se diminuírem as consequências do evento; ou quando houver fuga para evitar a prisão em flagrante (TRILHANTE, 2023). A jurisprudência exige, para a configuração do delito, a comprovação de manifesta imperícia, negligência ou imprudência, afastando a tipicidade quando o profissional age em conformidade com a lex artis (REVISTA UNINGÁ, 2019).

Importa destacar que o §8º do art. 129 do Código Penal admite, nos casos de lesão corporal culposa, a aplicação do perdão judicial nas mesmas hipóteses previstas para o homicídio culposo, isto é, quando as consequências da infração atingirem o próprio agente de forma tão grave que a sanção penal se torne desnecessária (TRILHANTE, 2023). Essa previsão, embora rara na prática médica, reforça o caráter subsidiário do Direito Penal nesse contexto.

7.1.3 Omissão de Socorro (art. 135 do CP)

O art. 135 do Código Penal tipifica o crime de omissão de socorro, punindo com detenção de um a seis meses ou multa aquele que deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, a pessoa inválida ou ferida ao desamparo, ou em grave e iminente perigo, ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública. A pena é aumentada pela metade se da omissão resultar lesão corporal de natureza grave, e triplicada se resultar a morte.

No contexto médico, o tipo penal assume relevância especial em razão da posição de garantidor atribuída ao profissional de saúde. Conforme Damásio E. de

Jesus (1999), Pierangeli (2005) e Bitencourt (2003), os bens jurídicos tutelados por esse delito são a vida e a integridade física, e o dever de agir é genérico, imposto a qualquer pessoa — embora, no caso do médico, sua condição profissional intensifique tal obrigação (NABUCO FILHO, 2017).

O crime de omissão de socorro é doloso, exigindo que o agente tenha consciência da situação de perigo e das condições de prestar socorro sem risco pessoal. Embora a omissão culposa não se enquadre diretamente no art. 135, ela pode gerar responsabilidade penal indireta pela via dos crimes de lesão corporal culposa ou homicídio culposo, quando do evento resultar dano concreto ao paciente (MIGALHAS, 2025). Relevante mencionar também o art. 135-A, inserido no Código Penal pela Lei n.º 12.653/2012, que tipifica o condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial a qualquer tipo de garantia, ampliando a tutela penal nesse âmbito.

7.2 Crimes Próprios da Profissão Médica

Os crimes próprios da profissão médica são aqueles que somente podem ser praticados por médico em razão de sua condição profissional. A doutrina destaca quatro tipos penais clássicos nessa categoria: violação de segredo profissional, omissão de notificação de doença, exercício ilegal da medicina e falsidade de atestado médico (LEAL, s.d.).

7.2.1 Violação de Segredo Profissional (art. 154 do CP)

O art. 154 do Código Penal tipifica o crime de violação de segredo profissional nos seguintes termos: “Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem: Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa. Parágrafo único – Somente se procede mediante representação.” Trata-se de crime doloso de ação penal pública condicionada à representação do ofendido.

O bem jurídico tutelado é a intimidade do paciente, bem como a relação de confiança que estrutura a interação médico-paciente. Conforme doutrina de Bitencourt (2013), o sujeito passivo é quem revela o segredo ao sujeito ativo — ou seja, o paciente — , podendo o prejudicado pela revelação buscar reparação na esfera cível (JUSBRASIL DOUTRINA, 2022). O elemento normativo central é a ausência de “justa

causa": o fato somente é típico se o agente revelar o segredo sem motivo justificável (PORTAL JURISPRUDÊNCIA, 2019).

O sigilo médico, entretanto, não é absoluto. O Supremo Tribunal Federal consolidou entendimento de que a obrigatoriedade do sigilo profissional não tem caráter absoluto, devendo a matéria ser avaliada diante das particularidades de cada caso (STF, RE 91.218-5 SP, RT 652/607). A justa causa é reconhecida em situações como: cumprimento de notificação compulsória imposta por lei; determinação judicial; necessidade de proteger a vida do próprio paciente ou de terceiros; e autorização expressa do paciente (ÂMBITO JURÍDICO, 2019). A simples possibilidade de que a revelação cause dano a outrem já é suficiente para tipificar o ilícito, conforme o Portal Médico do CFM (CFM, s.d.).

7.2.2 Omissão de Notificação de Doença (art. 269 do CP)

O art. 269 do Código Penal tipifica o delito de omissão de notificação de doença, punindo o médico que deixar de notificar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória. A pena prevista é de detenção de seis meses a dois anos e multa. Trata-se de crime próprio do médico, doloso e de natureza omissiva, que se consuma com o decurso do prazo estabelecido pela legislação sanitária para a comunicação obrigatória (PRATES; MARQUARDT, 2003).

A finalidade do tipo penal é a proteção da saúde pública, sendo expressão do dever legal do médico de colaborar com o sistema sanitário. A lista de doenças de notificação compulsória é fixada por ato normativo do Ministério da Saúde, regulada atualmente pela Portaria n.º 264/2020. O descumprimento dessa obrigação coloca em risco toda a coletividade, na medida em que impede a adoção de medidas epidemiológicas de controle e contenção de agravos (PRATES; MARQUARDT, 2003).

7.2.3 Exercício Ilegal da Medicina (art. 282 do CP)

O art. 282 do Código Penal tipifica o exercício ilegal da medicina nos seguintes termos: "Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites: Pena – detenção, de seis meses a dois anos. Parágrafo único – Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se também multa." O bem jurídico tutelado é a incolumidade pública, no quadrante da saúde pública (JUSBRASIL DOUTRINA, 2022).

No que concerne ao médico regularmente habilitado, a tipicidade incide especificamente sobre a segunda parte do caput — “excedendo-lhe os limites” — , configurando hipótese de crime próprio, praticável apenas por quem detém habilitação profissional (JUS.COM.BR, 2019). Isso ocorre quando o profissional realiza atos médicos privativos de especialidade para a qual não possui título ou registro no órgão competente, violando os limites estabelecidos pela Lei n.º 12.842/2013 (que dispõe sobre o exercício da Medicina) e pelo Código de Ética Médica.

Trata-se de crime doloso e habitual: a jurisprudência consolidou o entendimento de que o tipo exige a prática reiterada e continuada de atos privativos da profissão, não se configurando pelo ato isolado (RT 524/404). Excepciona-se, todavia, o estado de necessidade, como ocorre em situações de urgência ou falta de profissionais habilitados, hipótese frequente em regiões remotas do país (RT 547/366). Caso resulte do crime lesão corporal grave ou morte, a pena é agravada nos termos dos arts. 285 e 258 do Código Penal.

7.2.4 Falsidade de Atestado Médico (art. 302 do CP)

O art. 302 do Código Penal tipifica o crime de falsidade de atestado médico nos seguintes termos: “Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso: Pena – detenção, de um mês a um ano. Parágrafo único – Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.” Trata-se de crime contra a fé pública, de ação penal pública incondicionada e de competência do Juizado Especial Criminal, por se tratar de infração de menor potencial ofensivo (RBMT, 2017).

Conforme Bitencourt (2013), trata-se de crime formal (que se consuma independentemente de resultado naturalístico), próprio (sujeito ativo somente pode ser médico), de forma livre, instantâneo de efeitos permanentes e plurissubsistente (JUSBRASIL, 2023). O elemento subjetivo é o dolo: exige-se a vontade consciente de elaborar e entregar atestado cujo conteúdo não corresponde à realidade. Não há previsão para a modalidade culposa.

A consumação ocorre no momento em que o médico entrega o atestado ao interessado ou a terceiro, independentemente do uso posterior que lhe é dado. A tentativa é admissível quando o crime é praticado por escrito, dado o caráter plurissubsistente do delito (JUSBRASIL, 2023). A relevância desse tipo penal decorre da confiança social depositada nos documentos médicos: por serem produtos de

capacitação técnica e científica especializada, os atestados gozam de presunção de veracidade perante terceiros e instituições, o que torna sua violação especialmente grave para a coletividade (RBMT, 2017).

O paciente que recebe o atestado ideologicamente falso e o utiliza responde pelo crime de uso de documento falso (art. 304 do CP), cuja pena abstrata é a mesma cominada ao crime de falsificação. Por sua vez, se o paciente adulterar materialmente um atestado verdadeiro fornecido pelo médico, a conduta configurará falsificação de documento particular (art. 298 do CP), crime substancialmente mais grave (MARELLO ADVOGADOS, 2021).

7.3 Hipóteses Específicas: Estatuto da Criança e do Adolescente e Demais Legislações

Além dos tipos penais do Código Penal, o médico pode incorrer em responsabilização penal com base em legislações esparsas. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069/1990) contém previsões específicas voltadas à proteção do recém-nascido e da criança, como a obrigação de notificação de suspeita de maus-tratos (art. 245) e o dever de identificação do recém-nascido (art. 10). A omissão nessas obrigações pode configurar crime, evidenciando a extensão da tutela penal para situações de maior vulnerabilidade.

A Lei n.º 9.434/1997, que dispõe sobre transplantes de órgãos e tecidos, também prevê crimes específicos relacionados à atividade médica nesse campo, como a remoção de órgãos sem autorização ou em desacordo com os requisitos legais. Igualmente, a Lei n.º 11.105/2005 (Lei de Biossegurança) e a Lei n.º 9.263/1996 (Lei de Planejamento Familiar) contêm tipos penais que podem incidir sobre médicos em situações específicas.

7.4 Elementos Estruturais e Critérios de Imputação

A configuração de qualquer dos tipos penais analisados exige a presença dos elementos estruturais do crime: conduta, tipicidade, ilicitude e culpabilidade. No campo da responsabilidade médica, assume especial relevância a análise da culpa, que se manifesta nas modalidades de negligência, imprudência e imperícia. A ausência desses elementos afasta a responsabilização penal, mesmo diante de

resultado adverso, em respeito ao princípio da intervenção mínima do Direito Penal (PRATES; MARQUARDT, 2003).

A teoria da imputação objetiva, com os aportes de Claus Roxin, tem sido cada vez mais invocada pela doutrina brasileira para delimitar a responsabilidade penal médica. Segundo esse modelo, a criação de um risco juridicamente proibido e a realização desse risco no resultado são pressupostos da imputação, afastando a responsabilidade quando o médico atua dentro do risco permitido pelas normas técnicas e protocolos clínicos aceitos (CONTEÚDO JURÍDICO, 2019). Isso significa que a infração de norma técnica, por si só, não é suficiente para imputar o resultado; é necessário verificar se o risco criado era proibido e se o resultado é a concretização específica desse risco.

Sob essa perspectiva, o princípio da confiança desempenha papel relevante nos procedimentos médicos desenvolvidos em equipe: o médico pode confiar que seus colaboradores (anestesistas, enfermeiros, técnicos) agirão de acordo com suas respectivas competências, não respondendo penalmente por erros autônomos de terceiros, desde que não tenha assumido a posição de garante específico em relação à conduta alheia (CONTEÚDO JURÍDICO, 2019).

Conforme a doutrina penal, a responsabilização do médico não tem por finalidade punir o insucesso terapêutico, mas sim coibir condutas que se afastem da lex artis ad hoc — o padrão técnico esperado para a situação concreta. Como observa a doutrina processada pela EMERJ (2017), a lex artis não é imutável e nem única, devendo ser conciliada com a liberdade de método e a abertura para novas técnicas que tenham mínima aceitação na comunidade científica. Assim, a liberdade técnica do médico permanece garantida, desde que exercida dentro dos limites da prudência, diligência e competência, sob pena de conversão do risco permitido em risco proibido e, consequentemente, em ilícito penal.

REFERÊNCIAS

ÂMBITO JURÍDICO. Violação do segredo profissional dos médicos: aspectos jurídicos e (bio)éticos. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/violacao-do-segredo-profissional-dos-medicos-aspectos-juridicos-e-bioeticos/. Acesso em: 12 abr. 2026.

BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de direito penal: parte especial. 13. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013. v. 2.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei n.º 12.653, de 28 de maio de 2012. Acrescenta o art. 135-A ao Decreto-Lei n.º 2.848/1940. Diário Oficial da União, Brasília, 29 maio 2012.

BRASIL. Lei n.º 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 11 jul. 2013.

CAPEZ, Fernando. Curso de Direito Penal: parte geral. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. v. 1.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Erro médico e sigilo profissional. Portal Médico. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/artigos/erro-médico-e-sigilo-profissional/. Acesso em: 12 abr. 2026.

COLTRO, Antonio Carlos Mathias. Responsabilidade penal e civil resultante de lesões corporais e do homicídio culposo no exercício da profissão médica. São Paulo: CREMESP, \[s.d.\].

CONTEÚDO JURÍDICO. Responsabilidade penal do profissional da saúde: tipo de injusto imprudente e a lex artis. Disponível em: https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/41719/responsabilidade-penal-do-profissional-da-saude-tipo-de-injusto-imprudente-e-a-lex-artis. Acesso em: 12 abr. 2026.

EMERJ — ESCOLA DA MAGISTRATURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Responsabilidade penal do médico no exercício de sua atividade profissional. Disponível em: https://emerj.tjrj.jus.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

JESUS, Damásio E. de. Direito Penal: parte especial. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999. v. 2.

JUS.COM.BR. A configuração do crime de exercício ilegal da medicina quando excede os limites da própria atividade. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/76367. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL DOUTRINA. art. 154 — violação do segredo profissional. In: Código Penal Comentado. Ed. 2022. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/doutrina. Acesso em: 12 abr. 2026.

LEAL, João José. Exercício da medicina e responsabilidade criminal. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau (FURB), \[s.d.\].

MARELLO ADVOGADOS. Atestado médico falso é crime? Disponível em: https://marello.legal/novidades/crime-direito-médico-advogado-rio-janeiro-brasilia-rj-bsb-crime. Acesso em: 12 abr. 2026.

MASCARELLO, Jéssica; BERTOGLIO, Camila. Responsabilidade penal do médico em caso de negligência médica. Revista FT, 2019. Disponível em: https://revistaft.com.br/responsabilidade-penal-do-médico-em-caso-de-negligência-medica/. Acesso em: 12 abr. 2026.

MASSON, Cleber. Direito Penal: parte geral. 16. ed. Rio de Janeiro: Método, 2022.

NABUCO FILHO, José. Omissão de socorro (art. 135). Disponível em: https://josenabucofilho.com.br/home/direito-penal/parte-especial/omissao-de-socorro-art-135-cp/. Acesso em: 12 abr. 2026.

PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro: parte especial. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

PORTAL JURISPRUDÊNCIA. Artigo 154 do Código Penal: violação do segredo profissional. Disponível em: https://portaljurisprudencia.com.br. Acesso em: 12 abr. 2026.

PRATES, Núria Derviche; MARQUARDT, Marcelo. A responsabilidade penal do médico e o processo penal. Jornal Vascular Brasileiro, v. 2, n. 3, p. 241-247, 2003.

RBMT — REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO. Entendimento dos julgados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo sobre a emissão de atestado médico falso: uma análise jurisprudencial. Disponível em: https://www.rbmt.org.br/details/294. Acesso em: 12 abr. 2026.

REVISTA UNINGÁ. A responsabilidade penal do médico no exercício de sua atividade. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 56, n. 3, p. 187-206, jul./set. 2019.

REVISTAFT. A responsabilidade civil por erro médico e suas implicações penais. Disponível em: https://revistaft.com.br/a-responsabilidade-civil-por-erro-médico-e-suas-implicacoes-penais. Acesso em: 12 abr. 2026.

SILVA, Tacito Alexandre de Carvalho e. A responsabilidade penal do médico: Direito Penal brasileiro e a conduta médica. Migalhas de Peso, 6 maio 2025. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/depeso/429102/a-responsabilidade-penal-do-médico. Acesso em: 12 abr. 2026.

TRILHANTE. Lesão corporal culposa e ação penal. Disponível em: https://trilhante.com.br/curso/crimes-contra-a-pessoa-2/aula/lesao-corporal-culposa-e-acao-penal-5. Acesso em: 12 abr. 2026.

CAPÍTULO 8
A PROVA PERICIAL MÉDICA NA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

8.1 A Centralidade da Prova Pericial no Contencioso Médico

A prova pericial médica constitui, no âmbito da responsabilidade profissional, o principal instrumento técnico de reconstrução dos fatos e de análise da conduta médica sob critérios científicos. Trata-se de meio de prova de natureza eminentemente técnica, destinado a suprir a limitação cognitiva do julgador em matérias que extrapolam o conhecimento jurídico comum. Em demandas que envolvem alegação de erro médico, essa dependência técnica é ainda mais acentuada, pois a aferição de imperícia, imprudência ou negligência exige domínio científico específico da prática médica (LEAL; MILAGRES, 2012).

A centralidade da prova pericial na responsabilidade médica não é apenas teórica, mas empiricamente comprovada. Estudos demonstram que o laudo pericial influencia diretamente a decisão judicial em percentual extremamente elevado, sendo mencionado em praticamente todos os julgados e impactando o convencimento do magistrado na grande maioria dos casos (LEAL; MILAGRES, 2012). Isso ocorre porque o juiz não detém conhecimento técnico suficiente para avaliar, de forma autônoma, a adequação da conduta médica ao padrão exigido pela lex artis ad hoc, necessitando do suporte científico do perito para formação de seu convencimento.

Nesse contexto, o domínio das regras e estratégias da prova pericial não é prerrogativa exclusiva do médico que atua como perito, mas constitui competência essencial para todo profissional de saúde que eventualmente responda em juízo, bem como para o advogado especializado em direito médico. O protagonismo da prova pericial nas lides modernas, em especial nas áreas cível, empresarial e médica, coloca o domínio deste instrumento como exigência da advocacia contemporânea.

8.2 Disciplina Normativa da Prova Pericial no CPC/2015

No plano normativo, a prova pericial encontra disciplina nos arts. 464 a 480 do Código de Processo Civil (Lei n.º 13.105/2015), que estabelecem sua natureza, hipóteses de cabimento e forma de produção. A perícia consiste em exame, vistoria ou avaliação, sendo cabível sempre que a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico especializado. Pode ser determinada de ofício pelo magistrado

ou a requerimento das partes, sendo indeferida apenas quando desnecessária ou impraticável (BRASIL, 2015).

O perito judicial é nomeado entre profissionais legalmente habilitados e inscritos no órgão de classe competente, conforme o art. 465, §1º, do CPC. Sua atuação deve observar os deveres elencados pela doutrina: aceitar o exercício da função; proceder a todos os exames e observações necessários; elaborar o laudo no prazo assinalado; comparecer perante o juiz quando intimado; e ser fiel à verdade e às regras de sua ciência (TJRJ, 2015). Nos termos do art. 92 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico assinar laudos periciais nos quais não realizou pessoalmente o exame pericial (CFM, 2018).

Relevante inovação trazida pelo CPC/2015 é a exigência de que o laudo indique o método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando que é predominantemente aceito pelos especialistas da área (art. 473, III, do CPC). Segundo a doutrina, o juiz passou a ser o guardião tanto das conclusões quanto do método pericial: ao apreciar a prova, deve verificar não apenas se concorda com as conclusões do perito, mas também se o método adotado é científica e tecnicamente adequado (PGE/PR, 2018). Essa exigência metodológica reforça a controlabilidade da atividade pericial e garante às partes condições efetivas de contraditório.

8.3 Requisitos e Estrutura do Laudo Pericial

O laudo pericial constitui a expressão formal da prova técnica e deve observar rigorosos requisitos formais e materiais previstos no art. 473 do CPC, quais sejam: a exposição do objeto da perícia; a análise técnica realizada pelo perito; a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área; e a resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo Ministério Público (BRASIL, 2015).

O §1º do art. 473 do CPC determina que o perito deve apresentar sua fundamentação em linguagem simples e com coerência lógica, indicando como alcançou suas conclusões. Já o §2º veda ao perito ultrapassar os limites de sua designação e emitir opiniões pessoais que excedam o exame técnico ou científico do objeto da perícia. O desrespeito a esses limites é causa autônoma de impugnação do laudo (LEGALE, 2025).

A adequação metodológica é elemento essencial, pois garante a confiabilidade e a reprodutibilidade das conclusões apresentadas. A ausência de fundamentação adequada, a existência de contradições internas ou a omissão quanto a pontos relevantes tornam o laudo vulnerável à impugnação ou à realização de nova perícia. Como se observa da jurisprudência do TJSP, o déficit de fundamentação macula o valor probante da prova pericial, podendo acarretar a nulidade dos atos processuais subsequentes (TJSP, AC n.º 1001434-08.2021.8.26.0281, j. 19/12/2022).

A especialidade do perito no objeto da perícia é requisito indispensável: não basta ser "perito em perícia" em geral; é necessário ser especializado na área médica objeto do litígio — cirurgia, cardiologia, ortopedia, ginecologia, etc. O CPC é claro ao exigir que o perito seja especializado no objeto da perícia e não apenas na atividade pericial em abstrato (ESBERARD LEITE, s.d.). Em processos de responsabilidade médica, a nomeação de perito sem especialidade na área objeto da controvérsia pode comprometer a validade da prova e ensejar arguição de nulidade por cerceamento de defesa.

8.4 A Livre Apreciação Motivada e os Limites da Vinculação ao Laudo

Embora o laudo pericial seja elemento central da prova, ele não vincula o magistrado. Nos termos do art. 479 do CPC, o juiz apreciará a prova pericial de acordo com o princípio da persuasão racional, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito (BRASIL, 2015).

Contudo, o afastamento das conclusões periciais exige fundamentação técnica consistente e robusta, sob pena de nulidade da decisão por ausência de motivação, em afronta ao art. 93, IX, da Constituição Federal, e ao art. 489 do CPC (LEGALE, 2025). O laudo não vincula o juiz, mas impõe ao julgador o dever de motivação reforçada quando decide de modo contrário à opinião técnica, sob pena de nulidade por ausência de fundamentação.

Na prática, o laudo pericial pode ser desconsiderado pelo magistrado quando contém contradições internas, omissões relevantes, falta de fundamentação, afronta à lógica ou quando houver outras provas robustas em sentido contrário (LEGALE, 2025). Nesses casos, o advogado pode impugnar o laudo, pedir esclarecimentos, apresentar quesitos suplementares, solicitar nova perícia ou juntar pareceres de

assistentes técnicos, sempre fundamentando tecnicamente seus pedidos. Pode também, se o laudo for favorável, produzir documento técnico reforçando seus pontos centrais, antecipando-se à eventual impugnação da parte contrária.

8.5 O Contraditório Técnico: Direitos das Partes no Procedimento Pericial

O Código de Processo Civil assegura às partes o exercício pleno do contraditório técnico em todas as fases do procedimento pericial. Os principais instrumentos processuais à disposição das partes são os seguintes:

Indicação de assistente técnico. O direito de indicar assistente técnico está expressamente previsto nos arts. 465, §1º, II, e 466 do CPC e não configura prerrogativa supérflua: é direito processual fundamental. O assistente técnico acompanha o processo pericial sob a perspectiva técnica da parte que o contratou, funcionando como o "advogado médico" do caso (PERICIALMED, 2026).

Formulação de quesitos. Os quesitos são perguntas estratégicas formuladas pelas partes ao perito, com a finalidade de direcionar a investigação pericial para os pontos técnicos mais relevantes do caso — vínculos causais, adequação da conduta à lex artis, nexo entre a conduta e o resultado adverso, pertinência dos protocolos adotados, entre outros. A formulação inteligente de quesitos aumenta significativamente as chances de que o laudo seja bem fundamentado e reflita o cenário clínico de forma objetiva (EXPERMED, 2025).

Pedido de esclarecimentos e manifestação sobre o laudo. Nos termos do art. 477, §§2º e 3º, e art. 480 do CPC, as partes têm prazo sucessivo de quinze dias para manifestar-se sobre o laudo, podendo requerer esclarecimentos do perito e indicar assistentes técnicos para pronunciamento técnico complementar. Se ainda houver necessidade de esclarecimentos, a parte pode requerer a intimação do perito para comparecer à audiência de instrução e julgamento.

Impugnação do laudo. A impugnação deve ser fundamentada em erros técnicos demonstráveis — metodologia inadequada, conclusões incoerentes com os dados clínicos, omissão de informações relevantes, ausência de resposta a quesitos, ultrapassagem dos limites da designação — e não pode basear-se na mera discordância com o resultado. O documento de impugnação deve apontar os erros com fundamentação científica sólida, preferencialmente elaborado pelo assistente técnico (PERICIALMED, 2026; MODELOINICIAL, 2025).

Pedido de nova perícia. Nos termos do art. 480 do CPC, é possível requerer nova perícia quando a matéria não tiver sido suficientemente esclarecida. A primeira perícia permanece válida, e o juiz poderá adotar, na sentença, as conclusões do primeiro ou do segundo laudo, ou ainda combiná-los (TJRJ, 2015).

8.6 O Papel do Assistente Técnico na Defesa do Médico

A atuação do assistente técnico contratado pelo médico réu constitui um dos elementos mais estratégicos da defesa em processos de responsabilidade. Diferentemente do perito judicial — que atua como auxiliar do juízo e deve ser imparcial —, o assistente técnico é contratado pela parte e tem função explicitamente estratégica na condução da prova pericial. O perito é como o juiz da questão técnica, e o assistente técnico é o “advogado médico” do caso.

A atuação do assistente técnico pode e deve ser iniciada antes mesmo do ato pericial, compreendendo as seguintes frentes de trabalho (PERICIALMED, 2026; EXPERMED, 2025; LEAL; MILAGRES, 2012):

Antes da perícia: análise do prontuário e dos documentos do caso; identificação dos pontos técnicos favoráveis e desfavoráveis à defesa; formulação de quesitos estratégicos que direcionem o perito para os aspectos mais relevantes; orientação do advogado sobre os fundamentos técnico-científicos do caso; e identificação de literatura médica pertinente à conduta adotada.

Durante o ato pericial: acompanhamento do exame, quando permitido; registro de inconsistências na condução da perícia; verificação da adequação metodológica adotada pelo perito do juízo.

Após a entrega do laudo: análise técnica aprofundada das conclusões periciais, verificando a adequação da metodologia, a coerência entre as conclusões e os dados clínicos, eventuais omissões e a completude das respostas aos quesitos; elaboração de parecer técnico fundamentado, que pode concordar, complementar ou apresentar divergência motivada com as conclusões do perito.

A ausência de atuação técnica qualificada pode comprometer significativamente a defesa, uma vez que a prova pericial tende a exercer influência determinante no julgamento (LEAL; MILAGRES, 2012). O advogado especializado em direito médico, sem a orientação do assistente técnico, frequentemente não dispõe de

formação médica suficiente para avaliar se as conclusões periciais são tecnicamente corretas ou se apresentam falhas que poderiam ser refutadas com eficácia.

8.7 A Prova Pericial nas Esferas Penal, Ético-Disciplinar e Civil

A relevância da prova pericial médica estende-se a todas as esferas de responsabilização do profissional, assumindo características e funções distintas em cada uma delas.

Na esfera civil, a perícia é indispensável para a demonstração dos elementos da responsabilidade subjetiva, especialmente culpa, dano e nexo causal. Sem a prova técnica especializada, torna-se praticamente inviável a responsabilização, dada a complexidade dos atos médicos. O laudo pericial é o instrumento pelo qual o magistrado verifica se a conduta do profissional se afastou da lex artis ad hoc e se esse afastamento foi a causa eficiente do dano sofrido pelo paciente.

Na esfera penal, a perícia médica assume papel igualmente central, sobretudo nos crimes culposos, como o homicídio culposo (art. 121, §3º, do CP) e a lesão corporal culposa (art. 129, §6º, do CP). Nesses casos, o laudo técnico é determinante para a caracterização da culpa — nas modalidades de negligência, imprudência ou imperícia — e para a análise do nexo causal entre a conduta e o resultado. Sua ausência ou deficiência pode inviabilizar a denúncia ou, na defesa, sustentar a absolvição por falta de prova técnica suficiente.

No âmbito ético-disciplinar perante os Conselhos Regionais de Medicina, a prova técnica também se revela fundamental, ainda que o processo ético siga rito próprio. O processo ético-disciplinar perante o CRM divide-se em duas fases: a sindicância — fase preliminar de averiguação dos fatos e coleta de provas — e o Processo Ético-Disciplinar (PED), instaurado quando a sindicância constata indícios de infração ética (CREMESP, s.d.). Instaurado o Processo Ético-Disciplinar, denunciante e denunciado têm iguais oportunidades de apresentar provas de acusação e defesa, podendo consultar câmaras técnicas e realizar provas periciais.

A fase de sindicância é particularmente estratégica: segundo a orientação do CREMESP, é nessa fase que o médico tem maior oportunidade de apresentar provas, nomes de testemunhas e dados da literatura científica que fundamentem sua defesa, podendo obter o arquivamento da denúncia antes da instauração do PED (CREMESP, s.d.). Muitos médicos cometem o equívoco de responder à sindicância sem o apoio

de advogado especializado, o que eleva significativamente as chances de evolução para processo ético-disciplinar (ASSIS, 2024).

Cumpre registrar que, no âmbito ético, a análise da conduta médica pelo CRM é independente das esferas cível e penal: o julgado administrativo, civil ou criminal, em regra, não produz efeitos automáticos na esfera ético-disciplinar, por se tratar de instâncias distintas (CFM, apud SAÚDE OCUPACIONAL, 2024). Isso significa que o médico pode ser absolvido na esfera penal e ainda responder a processo ético, ou ser condenado civilmente sem que isso implique sanção ética.

8.8 Obrigações Éticas do Médico Perito

A perícia médica, enquanto ato médico-legal, exige do profissional não apenas competência técnica, mas também observância de rígidas normas éticas previstas no Código de Ética Médica e nas Resoluções do CFM. O médico nomeado perito deve cumprir o encargo no prazo determinado, atendo-se às responsabilidades ética, administrativa, penal e civil decorrentes de sua função, sem que qualquer subordinação hierárquica possa interferir em sua autonomia técnica e na liberdade de conduzir o exame pericial da forma que entender mais adequada (CFM, Resolução n.º 1.497/1998, apud PERSPECTIVAS MED, 2024).

O art. 93 do Código de Ética Médica veda ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho — garantindo, assim, a imparcialidade indispensável à função pericial (CFM, 2018). O art. 94 veda igualmente a intervenção do médico assistente técnico nos atos profissionais do perito ou a apreciação de qualquer ponto em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

A divergência técnica entre o perito e o assistente técnico, por si só, não evidencia falta ética de nenhum dos profissionais, pois reflete justamente o contraditório técnico que o sistema processual propicia (CFM, apud SAÚDE OCUPACIONAL, 2024). O que é vedado é a adoção de postura parcial ou a emissão de opinião pessoal desvinculada do exame técnico-científico objetivo.

8.9 Conclusão: A Prova Pericial como Eixo Estratégico da Defesa Médica

Em conclusão, a prova pericial médica constitui o eixo estruturante da análise da responsabilidade profissional do médico em todas as esferas. Sua importância transcende a esfera judicial, alcançando também os processos ético-disciplinares e a própria estratégia de defesa do profissional ao longo de toda a demanda. Mais do que um meio de prova, a perícia representa a interface entre o conhecimento médico e o Direito, sendo elemento determinante para a formação do convencimento do julgador.

Em um cenário de crescente judicialização da medicina, o domínio das regras da prova pericial e a atuação técnica desde o início da demanda — incluindo a fase de sindicância — tornam-se indispensáveis para a adequada defesa do médico. A formulação qualificada de quesitos, a identificação de falhas metodológicas no laudo, a produção de parecer técnico fundamentado pelo assistente técnico e a impugnação tecnicamente embasada constituem ferramentas processuais que podem ser decisivas para o desfecho da ação. O médico bem assessorado, com prontuário completo, TCLE individualizado e assistência técnica especializada desde os primeiros momentos da demanda, possui condições concretas de demonstrar que sua conduta foi pautada pela lex artis ad hoc e afastar a responsabilização por eventos que integram o risco inerente da atividade médica.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Renato. Sindicâncias e processos éticos do CRM: tudo o que você precisa saber. 2024. Disponível em: <https://renatoassis.com.br/sindicancias-e-processos-eticos-do-crm-tudo-o-que-voce-precisa-saber/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Código de Processo Civil (Lei n.º 13.105, de 16 de março de 2015). Brasília: Presidência da República, 2015. Arts. 149, 464-480.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988. art. 93, IX.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018. Arts. 92, 93 e 94.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Ato médico pericial: implicações éticas e legais. Brasília: CFM, 2009.

CREMESP — CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Processo ético-disciplinar: etapas e orientações ao médico. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br>. Acesso em: 12 abr. 2026.

ESBERARD LEITE, Fernando Alves. Quesitos periciais: especialidade do perito no objeto da perícia. Disponível em: <https://www.fernandoesberard.com/servicos/quesitos-periciais/7>. Acesso em: 12 abr. 2026.

EXPERMED. Perícia médica em litígios: o papel do assistente técnico. 2025. Disponível em: <https://expermed.com.br/post/pericia-medica-em-litigios/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

GALÍCIA EDUCAÇÃO. Prova pericial no processo civil: fundamentos, limites e aplicação. 2025. Disponível em: <https://www.galiciaeducacao.com.br/blog/prova-pericial-no-processo-civil-fundamentos-limites-e-aplicacao/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

LEAL, Lucas Pedroso Fernandes Ferreira; MILAGRES, Antonio. A importância do laudo pericial médico na formação do entendimento do juízo: análise de casos de suposta má prática médica. Saúde, Ética & Justiça, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-90, 2012.

LEGALE EDUCACIONAL. Valoração da prova pericial: como o juiz analisa e fundamenta no processo civil. Disponível em: <https://legale.com.br/blog/valoracao-da-prova-pericial-como-o-juiz-analisa-e-fundamenta-no-processo-civil/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIGALHAS. art. 464/473 do CPC e prova pericial. Abr. 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/jurisprudência-do-cpc/343637>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MODELOINICIAL. Perícias: como impugnar um laudo pericial. 2025. Disponível em: <https://modeloinicial.com.br/artigos/impugnar-laudo-pericial>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PERICIALMED. Assistente técnico na perícia médica: o que faz e por que você precisa de um. 2026. Disponível em: <https://pericialmed.com/entendendo-o-papel-do-médico-assistente-tecnico-em-uma-pericia-medica-judicial>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PERSPECTIVAS EM MEDICINA LEGAL E PERÍCIA MÉDICA. Ética em medicina legal e perícia médica: normativas do Conselho Federal de Medicina. 2024. Disponível em: <https://www.perspectivas.med.br/2024/11/etica-em-medicina-legal-e-pericia-medica-normativas-do-conselho-federal-de-medicina/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PGE/PR — PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO DO PARANÁ. O juiz e a análise da prova pericial. Revista Jurídica da Procuradoria-Geral do Estado do Paraná, Curitiba, n. 9, p. 11-30, 2018.

PROJURIS. art. 464 ao art. 480 do Novo CPC comentado: prova pericial. 2023. Disponível em: <https://www.projuris.com.br/novo-cpc/art-464-a-480-do-novo-cpc/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

SAÚDE OCUPACIONAL. As seis razões pelas quais o médico perito é absolvido no Conselho Federal de Medicina (CFM). Jul. 2024. Disponível em: <https://www.saudeocupacional.org/2024/07>. Acesso em: 12 abr. 2026.

TJRJ — TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Ensaio sobre a prova pericial no Código de Processo Civil de 2015. Disponível em: <https://www.tjrj.jus.br/documents/10136/3543964/ensaio-sobre-prova-pericial.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2026.

TJSP — TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Apelação Cível n.º 1001434-08.2021.8.26.0281, j. 19 dez. 2022.

CAPÍTULO 9
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE TÉCNICO NA DEFESA MÉDICA

9.1 Introdução: A Defesa Técnico-Jurídica Integrada

A atuação do assistente técnico na defesa médica representa, na contemporaneidade, um dos pilares estruturantes da adequada proteção do profissional de saúde em demandas que envolvem responsabilidade civil, penal ou ético-profissional. Em um cenário de crescente judicialização da medicina, no qual a prova pericial ocupa posição central na formação do convencimento do julgador, a defesa meramente jurídica mostra-se, na maioria das vezes, insuficiente. Torna-se indispensável a atuação integrada entre Direito e Medicina, sendo o assistente técnico o agente responsável por essa interface técnico-jurídica (MORETTI NETO, 2025).

Conforme já observado no capítulo anterior, a prova pericial influencia diretamente o desfecho judicial em praticamente todos os litígios de responsabilidade médica. O advogado especializado em direito médico, sem a orientação do assistente técnico, frequentemente não dispõe de formação científica suficiente para avaliar se as conclusões periciais são tecnicamente corretas ou se apresentam falhas que poderiam ser refutadas com eficácia. Sem um assistente técnico, o laudo pericial desfavorável pode se tornar definitivo — porque o advogado lê, identifica que o resultado é desfavorável, mas não tem formação médica para avaliar se a conclusão está tecnicamente correta.

Nesse contexto, a indicação do assistente técnico não é um luxo processual: é um direito expressamente assegurado pelo Código de Processo Civil e uma ferramenta estratégica indispensável para a defesa efetiva do médico. O assistente técnico funciona como uma camada de proteção técnica, garantindo que a versão dos fatos médicos seja ouvida com a mesma profundidade técnica do laudo do perito. [Pericialmed](https://pericialmed.com/médico-perito-judicial)

9.2 Natureza Jurídica e Distinção em Relação ao Perito Judicial

O assistente técnico é, por definição legal, auxiliar da parte — diferentemente do perito judicial, que atua como auxiliar do juízo, nos termos do art. 149 do CPC. Ambos utilizam conhecimentos científicos para esclarecer questões relevantes ao processo, porém com funções, vínculos e compromissos distintos.

Enquanto o perito judicial deve atuar com imparcialidade, sendo responsável pela produção do laudo técnico em resposta aos quesitos do juízo e das partes, o assistente técnico atua de forma parcial e estratégica, contratado pelo médico, com o objetivo de sustentar tecnicamente a tese defensiva. Essa parcialidade não representa vício, mas sim característica inerente à sua função processual, expressamente reconhecida pelo art. 466, §1º, do CPC: “Os assistentes técnicos são de confiança da parte e não estão sujeitos a impedimento ou suspeição” (BRASIL, 2015). A legislação não somente permite a participação do assistente, mas estrutura todo o rito processual da perícia em torno de sua atuação, demonstrando que o legislador o considera uma peça integral para a garantia do devido processo legal técnico.

Do ponto de vista dos documentos que cada um produz, a distinção também é relevante: enquanto o perito judicial emite o laudo médico pericial — submetido aos requisitos formais do art. 473 do CPC —, o assistente técnico emite o parecer médico-legal, documento com forma mais livre, maior liberdade metodológica e caráter essencialmente crítico e estratégico (ESBERARD LEITE, s.d.; FERNANDOESBERARD.COM, s.d.).

Ambos devem ser especialistas no objeto da perícia — não basta ser “médico perito em geral”; é necessário domínio da especialidade médica específica envolvida no litígio (cirurgia cardíaca, ortopedia, neurologia, ginecologia, etc.). Como ensina Hélio Gomes (apud FERNANDOESBERARD.COM, s.d.), “não basta um médico ser simplesmente médico para que se julgue apto a realizar perícias, como não basta a um médico ser simplesmente médico para que faça intervenções cirúrgicas — são necessários estudos mais acurados, treino adequado e aquisição paulatina da técnica.” A ausência de especialização do assistente técnico compromete a efetividade da atuação e reduz significativamente a qualidade da defesa.

9.3 Fases e Instrumentos de Atuação do Assistente Técnico

A atuação do assistente técnico abrange todo o arco temporal da demanda, desde a fase pré-processual até o encerramento da instrução probatória. Um erro estratégico frequente é contratá-lo apenas no momento da impugnação do laudo: como alerta a doutrina especializada, a contratação do assistente técnico somente após a entrega do laudo é a maneira mais comum de perder um processo, pois elimina

as oportunidades de atuação na formulação de quesitos, no acompanhamento do ato pericial e na orientação estratégica prévia (PERICIALMED, 2022).

9.3.1 Fase pré-processual

Antes do ajuizamento da ação, o assistente técnico pode elaborar um parecer médico-legal inicial sobre o caso, que cumpre duas funções essenciais. Primeiro, permite avaliar, sob o prisma técnico e científico, a existência ou não de falha assistencial, a adequação da conduta médica à lex artis ad hoc, a presença de nexo causal entre a conduta e o resultado adverso e a própria viabilidade ou fragilidade da futura demanda (ESBERARD LEITE, s.d.; FERNANDOESBERARD.COM, s.d.). Segundo, esse parecer fornece ao advogado os elementos técnicos necessários para a construção da estratégia defensiva e pode ser utilizado como documento de embasamento no processo.

No âmbito ético-disciplinar, a atuação do assistente técnico na fase de sindicância é particularmente relevante. A sindicância é o momento em que o médico tem maior oportunidade de demonstrar a correção de sua conduta — e a qualidade dos argumentos técnicos apresentados nessa fase pode determinar o arquivamento da denúncia ou a instauração do Processo Ético-Profissional (PEP) (MIGALHAS, 2024; JUSBRASIL, 2022). Como orientam os autores especializados, a apresentação de defesa escrita fundamentada desde a sindicância, com o auxílio de advogado especializado e suporte técnico-científico sólido, é a estratégia mais eficaz de defesa (CREMESP, s.d.; JUSBRASIL, 2022).

9.3.2 Fase processual — antes da perícia

Após o ajuizamento da ação, o assistente técnico deve ser indicado formalmente ao juízo no prazo de quinze dias contado da intimação da nomeação do perito judicial, nos termos do art. 465, §1º, II, do CPC. A indicação formal é realizada pelo advogado mediante petição nos autos, comunicando o nome e as qualificações profissionais do assistente técnico (PERICIALMED, 2026; PRICIALMED — HABILITAR, 2026).

Nessa fase, as principais atividades do assistente técnico são: análise da documentação clínica disponível (prontuário, exames, laudos, TCLE); identificação dos pontos técnicos favoráveis e desfavoráveis à defesa; orientação do advogado sobre os fundamentos técnico-científicos do caso; identificação de literatura médica

pertinente à conduta adotada; e, especialmente, a formulação de quesitos técnicos a serem dirigidos ao perito judicial.

A elaboração de quesitos é uma das atividades mais estratégicas do assistente técnico. Os quesitos são perguntas cientificamente calibradas que direcionam o raciocínio pericial para os pontos técnicos mais relevantes do caso: a conformidade da conduta com os protocolos vigentes, a existência ou ausência de nexo causal entre a conduta e o resultado adverso, a natureza inerente ou evitável da complicação observada, a adequação da indicação cirúrgica e as condições preexistentes que influenciaram o desfecho (ESBERARD LEITE, s.d.; EXPERMED, 2025). Perguntas bem formuladas produzem respostas objetivas e direcionadas; perguntas genéricas produzem respostas genéricas, igualmente inúteis para a defesa (PERICIALMED, 2026).

9.3.3 Fase processual — durante o ato pericial

O art. 466, §2º, do CPC determina que o perito deve assegurar aos assistentes técnicos das partes o acesso e o acompanhamento das diligências e dos exames que realizar, com prévia comunicação mínima de cinco dias (BRASIL, 2015). Esse direito de acompanhamento é fundamental: a presença do assistente técnico durante o exame clínico garante que o ato pericial seja conduzido com rigor técnico e transparência; permite registrar inconsistências na condução da perícia; possibilita a realização de suas próprias observações; e fornece subsídios concretos para uma eventual impugnação do laudo (PERICIALMED.COM, 2022; CREMESP, s.d.).

O CREMESP orienta que o assistente técnico tem o direito de estar presente e participar de todos os atos periciais, e que é dever do perito judicial e dos assistentes técnicos conferenciar e discutir o caso sub judice, disponibilizando um ao outro todas as informações necessárias (CREMESP, s.d.). A privação desse direito de acompanhamento pode configurar cerceamento de defesa, gerando nulidade processual.

9.3.4 Fase processual — após o laudo

Entregue o laudo pericial, as partes são intimadas para, no prazo comum de quinze dias, manifestar-se sobre o laudo do perito do juízo, podendo o assistente técnico de cada uma delas, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer, nos termos do art. 477, §1º, do CPC (BRASIL, 2015).

O parecer técnico apresentado pelo assistente técnico pode assumir três posturas em relação ao laudo do perito: concordância total, quando as conclusões periciais forem tecnicamente adequadas e favoráveis à defesa — neste caso, o documento reforça os pontos centrais do laudo e antecipa impugnações da parte contrária; concordância parcial com complementações, quando houver pontos corretos e aspectos omitidos ou insuficientemente desenvolvidos; e divergência fundamentada, quando o assistente técnico identificar erros metodológicos, conclusões incoerentes com os dados clínicos, omissões relevantes ou inadequação técnica das respostas aos quesitos (PERICIALMED, 2026; MODELOINICIAL, 2025).

O parecer técnico divergente não tem o mesmo peso formal do laudo pericial. Mas quando bem fundamentado, ele pode levar o juiz a solicitar esclarecimentos ao perito, determinar nova perícia ou, em muitos casos, adotar as conclusões do parecer como base para sua decisão.

As principais causas de impugnação do laudo pericial, identificadas e documentadas pelo assistente técnico, incluem: erros de metodologia — utilização de técnicas inadequadas ou ultrapassadas — ; incongruências nos dados — diferenças significativas entre os achados periciais e os dados documentados no prontuário — ausência de resposta conclusiva a quesitos relevantes; ultrapassagem dos limites da designação; e emissão de opiniões pessoais desvinculadas do exame técnico-científico (MODELOINICIAL, 2025; JUSBRASIL, 2023).

Ao perceber que o laudo contém lacunas não sanadas, o assistente técnico pode ainda requerer, por meio do advogado, pedido de esclarecimentos ao perito, nos termos do art. 477, §§2º e 3º, do CPC. Essa dinâmica — laudo, parecer, pedido de esclarecimentos e novo parecer — constitui verdadeiro diálogo técnico que eleva a qualidade da prova pericial e contribui para o amadurecimento do convencimento judicial.

9.4 A Interface entre o Assistente Técnico e a Defesa Jurídica

A atuação do assistente técnico deve estar permanentemente alinhada com a estratégia processual do advogado, formando um binômio técnico-jurídico coeso. Essa integração é essencial porque os documentos produzidos em um processo por erro médico são predominantemente de natureza técnica: prontuário, laudos, exames, protocolos clínicos e TCLE. Sem o auxílio do assistente técnico, o advogado terá

dificuldade em compreender o conteúdo desses documentos com a profundidade necessária para construir argumentos eficazes (MORETTI NETO, 2025).

As principais contribuições do assistente técnico para a estratégia jurídica incluem: interpretação técnica de documentos médicos e identificação de inconsistências favoráveis; análise crítica do prontuário para verificar a conformidade com a lex artis; identificação das modalidades de culpa eventualmente configuradas ou afastadas; avaliação do nexo causal entre a conduta e o resultado; identificação de causas excludentes de responsabilidade; e orientação sobre a literatura médica relevante que sustenta a conduta adotada.

Importa sublinhar que a parcialidade do assistente técnico, reconhecida expressamente pelo art. 466, §1º, do CPC, não o autoriza a fundamentar seu parecer em argumentos sem suporte técnico-científico. O assistente técnico é parcial no sentido de defender os interesses técnicos de quem o contratou — mas essa defesa deve estar sempre ancorada na verdade dos fatos médicos e nas evidências científicas disponíveis (PERICIALMED, 2026). Um parecer sem fundamento técnico não só é ineficaz como compromete a credibilidade do profissional e do caso.

9.5 A Especial Relevância na Fase de Sindicância e no Processo Ético-Disciplinar

No âmbito ético-profissional, a atuação técnica qualificada desde a fase inicial é estratégia determinante. A sindicância ética, prevista na Resolução CFM n.º 2.306/2022, é o procedimento preliminar de averiguação dos fatos denunciados ao CRM (MIGALHAS, 2024). Trata-se da fase mais estratégica de toda a apuração disciplinar: é a oportunidade em que a defesa técnica fundamentada pode levar ao arquivamento da denúncia antes da instauração do Processo Ético-Profissional.

A prática demonstra que muitos médicos respondem à sindicância sem o apoio de advogado especializado e sem suporte técnico, o que eleva significativamente as chances de evolução para processo ético-disciplinar — com todos os ônus reputacionais e processuais que isso implica (JUSBRASIL, 2022; ASSIS, 2024). A apresentação de parecer técnico-científico bem fundamentado nessa fase, demonstrando a conformidade da conduta com a lex artis, a inexistência de nexo causal ou a presença de causas excludentes, pode ser determinante para a conclusão da sindicância em favor do profissional.

Instaurado o Processo Ético-Profissional, as características passam a ser semelhantes às de um processo judicial — com apresentação de defesa escrita, audiência de instrução processual, alegações finais e julgamento — , tornando ainda mais indispensável a manutenção do suporte técnico ao longo de todo o rito (JUSBRASIL, 2022; FELDMANN, 2022).

9.6 O Assistente Técnico como Garantia do Contraditório Técnico e da Ampla Defesa

Em síntese, o assistente técnico desempenha função estruturante no sistema de proteção da defesa médica, atuando como elemento de equilíbrio técnico no processo. Sua atuação parcial, longe de representar fragilidade ou comprometimento da imparcialidade do processo, constitui garantia do contraditório técnico e da ampla defesa — valores expressos no art. 5º, LV, da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Quando apenas o perito se manifesta no processo, há uma única visão médica. Quando o assistente técnico também participa, o juiz passa a ter duas perspectivas técnicas para avaliar — o que eleva substancialmente a qualidade da decisão (PERICIALMED, 2026).

A ausência de assistência técnica qualificada expõe o médico a riscos significativos de condenações indevidas, especialmente quando o laudo pericial apresenta falhas que um profissional não especializado não consegue identificar. Por outro lado, a atuação técnica bem estruturada — desde a fase pré-processual, passando pela formulação de quesitos, pelo acompanhamento do ato pericial e pela elaboração de parecer fundamentado — não apenas protege o médico, mas contribui para o aprimoramento da qualidade da prova e, consequentemente, para uma prestação jurisdicional mais justa e tecnicamente informada.

Como observado pela doutrina especializada, o desfecho do processo vai depender diretamente das habilitações, qualificações e experiência do médico assistente técnico, de sua fundamentação científica baseada em evidências, de sua perspicácia, de sua capacidade de argumentação e de seu poder de convencimento (FERNANDOESBERARD.COM, s.d.; MORETTI NETO, 2025).

REFERÊNCIAS

ASSIS, Renato. Sindicâncias e processos éticos do CRM: tudo o que você precisa saber. 2024. Disponível em: <https://renatoassis.com.br/sindicancias-e-processos-eticos-do-crm-tudo-o-que-voce-precisa-saber/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Código de Processo Civil (Lei n.º 13.105, de 16 de março de 2015). Brasília: Presidência da República, 2015. Arts. 149, 465, 466, 473, 477.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988. art. 5º, LV.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.306, de 2022. Dispõe sobre o rito dos processos ético-disciplinares no âmbito dos Conselhos de Medicina.

CREMESP — CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Ato pericial: participação do assistente técnico. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br>. Acesso em: 12 abr. 2026.

ESBERARD LEITE, Fernando Alves. Qual a diferença entre o médico assistente técnico e o médico perito? Disponível em: <https://www.fernandoesberard.com/perguntas-frequentes>. Acesso em: 12 abr. 2026.

ESBERARD LEITE, Fernando Alves. Assistência técnica judicial. Disponível em: <https://www.fernandoesberard.com/servicos/assistencia-tecnica-judicial/5>. Acesso em: 12 abr. 2026.

EXPERMED. Perícia médica em litígios: o papel do assistente técnico. 2025. Disponível em: <https://expermed.com.br/post/pericia-medica-em-litigios/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

FELDMANN ADVOCACIA. Defesa em sindicância e defesa prévia no CRM. 2022. Disponível em: <https://feldmann.adv.br/defesa-em-sindicancia-e-defesa-previa-no-crm/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Assistente técnico na perícia. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/assistente-tecnico-na-pericia/4937617183>. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Defesa em sindicância e defesa prévia no CRM. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/defesa-em-sindicancia-e-defesa-previa-no-crm/1590449468>. Acesso em: 12 abr. 2026.

LEAL, Lucas Pedroso Fernandes Ferreira; MILAGRES, Antonio. A importância do laudo pericial médico na formação do entendimento do juízo: análise de casos de suposta má prática médica. Saúde, Ética & Justiça, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-90, 2012.

MIGALHAS. Ações iniciais de um médico em sindicância ou processo ético no CRM. Out. 2024. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/417963>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MODELOINICIAL. Perícias: como impugnar um laudo pericial. 2025. Disponível em: <https://modeloinicial.com.br/artigos/impugnar-laudo-pericial>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MORETTI NETO, Joaquim. A importância do assistente técnico na defesa de médicos. Migalhas, 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PERICIALMED. Assistente técnico na perícia médica: o que faz e por que você precisa de um. 2026. Disponível em: <https://pericialmed.com/entendendo-o-papel-do-médico-assistente-tecnico-em-uma-pericia-medica-judicial>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PERICIALMED. Como habilitar assistente técnico em perícia médica judicial: passo a passo completo. 2026. Disponível em: <https://pericialmed.com/como-habilitar-assistente-tecnico-em-pericia-medica-judicial>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PERICIALMED. Laudo médico pericial: todas as dúvidas respondidas. 2022. Disponível em: <https://pericialmed.com/laudo-médico-pericial-tudo-sobre/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PERICIALMED. Médico perito judicial: o que faz, como atua e por que ele decide seu processo. 2026. Disponível em: <https://pericialmed.com/médico-perito-judicial>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PROJURIS. Art. 464 ao art. 480 do Novo CPC comentado: prova pericial. 2023. Disponível em: https://www.projuris.com.br/novo-cpc/art-464-a-480-do-novo-cpc/. Acesso em: 12 abr. 2026.

CAPÍTULO 10
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA COMO INSTRUMENTO DE DEFESA

10.1 A Virada Paradigmática: Da Formalidade Administrativa ao Instrumento Probatório

A documentação médica constitui um dos pilares fundamentais da defesa profissional do médico, assumindo papel central tanto na prevenção de litígios quanto na adequada reconstrução dos fatos em processos judiciais e ético-profissionais. Em um cenário de crescente judicialização da medicina, a qualidade, integridade e completude dos registros clínicos deixam de ser mera formalidade administrativa e passam a representar verdadeiro instrumento probatório, capaz de definir o desfecho de demandas nas esferas cível, penal e disciplinar.

O prontuário médico é o documento formal e oficial da prestação de serviço médico e como tal pode vir a servir de materialidade probatória nos casos em que uma lide se estabeleça envolvendo o paciente e o seu médico. É nele que se baseará toda a defesa, pois ali estará registrado todo o tratamento a que o paciente foi submetido. Em casos de registros omitidos ou irregulares, o médico perde a possibilidade de comprovação de seus atos, e as alegações do paciente passam a ter mais validade judicial.

Essa constatação tem reflexos processuais concretos. O Superior Tribunal de Justiça consolidou entendimento de que a responsabilidade subjetiva do médico, prevista no art. 14, §4º, do CDC, não exclui a possibilidade de inversão do ônus da prova, se presentes os requisitos do art. 6º, VIII, do CDC, devendo o profissional demonstrar ter agido com respeito às orientações técnicas aplicáveis e adotando as cautelas devidas (STJ, AgRg no Ag 818.144/SC, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, j. 7/4/2011). Isso significa que, em determinadas circunstâncias — especialmente quando há hipossuficiência técnica do paciente — , o ônus de provar a ausência de culpa pode recair sobre o médico. Nesse cenário, a documentação clínica completa e fiel é o principal instrumento para cumprir esse ônus.

A máxima que sintetiza essa realidade foi consagrada pela doutrina especializada: a melhor defesa médica é a melhor documentação médica (SILVA, 2025). Documentar bem não é medicina defensiva — é boa prática médica e dever ético e legal.

10.2 O Marco Normativo: A Resolução CFM n.º 2.381/2024

Em 20 de junho de 2024, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM n.º 2.381/2024, que estabelece normas éticas para a emissão de documentos médicos pelos profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina. Trata-se da norma mais abrangente e atualizada sobre o tema, substituindo e sistematizando disposições anteriores esparsas (CFM, 2024).

Nos termos do art. 2º da Resolução CFM n.º 2.381/2024, documentos médicos são aqueles emitidos por médicos e gozam de presunção de veracidade, produzindo os efeitos legais para os quais se destinam. A Resolução define documentos médicos como aqueles emitidos por médicos que possuem presunção de veracidade, produzindo efeitos legais. Exemplos incluem atestados, laudos, relatórios e declarações. Essa presunção jurídica decorre da fé pública inerente ao ato médico, desde que o documento observe os requisitos formais exigidos pela norma.

O §1º do art. 2º da Resolução CFM n.º 2.381/2024 enumera os requisitos mínimos obrigatórios a todos os documentos médicos, quais sejam: identificação do médico (nome e CRM/UF); Registro de Qualificação de Especialista (RQE), quando aplicável; identificação do paciente (nome e CPF, quando disponível); data de emissão; assinatura qualificada, quando documento eletrônico, ou assinatura e carimbo ou número de registro no CRM, quando manuscrito; e dados de contato profissional (JUSBRASIL, 2024; CFM, 2024). Tais elementos não apenas garantem a autenticidade do documento, mas também conferem segurança jurídica às partes e permitem a identificação do emissor para fins de responsabilização.

A Resolução CFM n.º 2.381/2024 tipifica ainda os principais documentos médicos e define a natureza e o conteúdo de cada um: atestado médico; declaração de comparecimento; relatório médico circunstanciado; relatório médico especializado; parecer técnico; laudo médico-pericial; e outros. Para cada categoria, são estabelecidas diretrizes específicas de conteúdo, forma e cobrança de honorários, fornecendo ao médico um guia claro sobre suas obrigações documentais (JUSBRASIL, 2024).

10.3 O Prontuário Médico: Principal Instrumento de Defesa

Dentre todos os documentos médicos, o prontuário ocupa posição de absoluto destaque, sendo considerado o principal instrumento assistencial e jurídico na defesa

do profissional de saúde. O prontuário reúne, de forma organizada e cronológica, todas as informações relativas ao atendimento do paciente, incluindo anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e seus resultados, condutas terapêuticas, evoluções clínicas, intercorrências, orientações ao paciente e registros de altas ou transferências.

O Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 2.217/2018), em seu art. 87, §1º, exige que o prontuário contenha os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica, com data, hora, assinatura e número de registro do médico no CRM (CFM, 2018). A violação desses requisitos configura infração ética, independentemente da qualidade técnica do atendimento prestado.

Além de sua função assistencial, o prontuário possui natureza probatória indisputável. Um prontuário bem preenchido é, em muitos casos, a própria defesa médica. Ele registra dados que evidenciam que o médico atuou com diligência, prudência e perícia, afastando a culpa por imperícia, imprudência ou negligência. Na esfera ética, a ausência de prontuário ou a presença de anotações incompletas pode ser interpretada como negligência ou má-fé, independentemente de como o atendimento foi efetivamente conduzido.

Os atributos fundamentais do prontuário para fins de defesa são (MIGALHAS, 2024; JUSBRASIL, 2025):

Autenticidade. Cada registro deve conter identificação do médico (CRM/RQE), data, hora e assinatura — elementos que vinculam cada anotação ao profissional responsável e ao momento do ato médico.

Integridade. Os dados devem ser registrados sem rasuras, em ordem cronológica e com caneta permanente nos prontuários físicos. Qualquer correção deve ser feita com linha sobre o texto corrigido, mantendo a legibilidade do que foi registrado, seguida da rubrica do autor e da data da correção.

Legibilidade. A escrita deve ser clara e compreensível, tanto para outros profissionais quanto para o próprio paciente e para o perito judicial. O art. 87 do CEM veda expressamente o prontuário ilegível.

Completude e contemporaneidade. Os registros devem ser feitos de forma imediata ou próxima ao atendimento — não podem ser realizados retroativamente. A

elaboração de anotações extemporâneas compromete a credibilidade do documento e pode caracterizar tentativa de adulteração.

10.4 O Prontuário Eletrônico e a Intersecção com a LGPD

O prontuário eletrônico do paciente (PEP) representa a modalidade mais utilizada na contemporaneidade e apresenta vantagens expressivas em termos de acessibilidade, organização e integração de informações. Contudo, sua utilização impõe obrigações adicionais, especialmente em razão da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD — Lei n.º 13.709/2018), que classifica dados de saúde como dados pessoais sensíveis, conferindo-lhes proteção especial.

A Lei n.º 13.787/2018 disciplina a digitalização e o uso de sistemas informatizados para a gestão de prontuários, vinculando sua regulação às disposições da LGPD (JUSBRASIL, 2025). As instituições de saúde e os profissionais responsáveis pelo tratamento desses dados devem observar os princípios e diretrizes estabelecidos pela LGPD e pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), incluindo garantia de confidencialidade, integridade, rastreabilidade e disponibilidade das informações.

Do ponto de vista probatório, a rastreabilidade é o atributo mais relevante do prontuário eletrônico. Sistemas adequados devem registrar todas as ações realizadas no sistema — acessos, inserções, modificações e exclusões — , com identificação do usuário, data e hora (DATASIGH, 2025). Essa trilha de auditoria (audit log) é essencial para demonstrar que o prontuário não foi manipulado após os fatos e para verificar se as anotações foram realizadas contemporaneamente ao atendimento.

A manipulação indevida de registros clínicos — seja a alteração retroativa de anotações, a inserção de informações fictícias ou a exclusão de dados desfavoráveis — pode configurar infração ética grave perante o CRM e, em determinados casos, ilícito penal, nos termos do art. 299 do Código Penal, que tipifica a falsidade ideológica (BRASIL, 1940). A rastreabilidade dos sistemas eletrônicos torna esse tipo de conduta cada vez mais detectável e indefensável.

10.5 Os Demais Documentos Médicos e Suas Funções Probatórias

Além do prontuário, a documentação médica abrange uma ampla gama de instrumentos, cada qual com relevância específica para a defesa profissional.

Atestado médico. O atestado comprova a existência de condição de saúde que justifique afastamento ou restrição de atividades. Nos termos da Resolução CFM n.º 2.381/2024, somente médicos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados, sendo vedada a emissão de atestados sem fundamento clínico (CFM, 2024). O médico pode omitir o diagnóstico no atestado, exceto se o paciente consentir explicitamente.

Relatório médico circunstanciado e relatório especializado. O relatório circunstanciado deve conter informações detalhadas sobre o atendimento prestado, incluindo anamnese, exame físico, exames complementares, diagnóstico e plano terapêutico. O relatório especializado, por sua vez, discorre sobre a enfermidade do requerente com acréscimo de discussão técnica da literatura científica, sendo cabível honorários ao profissional pela elaboração (CFM, 2024). Esses documentos são frequentemente utilizados em demandas judiciais e processos ético-disciplinares como suporte técnico às alegações do médico.

Parecer técnico. O parecer é documento expedido por médico especialista em área específica, de caráter opinativo, baseado na literatura científica e, quando na seara judicial, nos autos do processo, nos fatos e na legislação aplicável (Resolução CFM n.º 2.381/2024, art. 2º). Sua elaboração pode ser remunerada, e é o documento que o assistente técnico produz nos processos judiciais, conforme analisado no capítulo anterior.

Laudo médico-pericial. Conforme a Resolução CFM n.º 2.381/2024, o laudo médico-pericial é documento técnico expedido por perito oficial e anexado ao processo para o qual foi designado, cujo roteiro se encontra na Resolução CFM n.º 2.153/2016 (CFM, 2024).

Relatórios de alta e resumos de internação. Esses documentos registram as condições do paciente no momento da alta, as orientações prestadas e as condutas recomendadas para seguimento. A ausência de registro adequado de orientações de alta pode configurar negligência no acompanhamento pós-procedimento, como discutido nos capítulos anteriores.

Documentos administrativos. Contratos de prestação de serviços, planos de tratamento, termos de recusa de procedimento e protocolos institucionais auxiliam na delimitação de responsabilidades e na formalização de decisões clinicamente relevantes. O termo de recusa, em particular, documenta a situação em que o

paciente, devidamente informado, opta por não realizar procedimento indicado pelo médico — instrumento de grande relevância defensiva nessas circunstâncias.

10.6 A Integridade Documental: Requisito de Validade e Boa-Fé

A integridade documental é requisito de validade jurídica e expressão da boa-fé que deve pautar toda a atuação médica. A documentação médica deve ser elaborada de forma contemporânea aos fatos, sem rasuras, omissões ou alterações posteriores não justificadas. Registros extemporâneos, retificações sem justificativa técnica e inconsistências entre documentos elaborados em momentos distintos comprometem a credibilidade do conjunto probatório e podem ser interpretados desfavoravelmente ao médico.

A perspectiva do TJRJ é esclarecedora: o prontuário é documento único e de valor probatório que se constitui em defesa legal tanto para o paciente quanto para a equipe médica e o hospital (CONTEÚDO JURÍDICO, s.d.). Sua utilização como meio de prova pressupõe, contudo, que sua elaboração tenha obedecido a padrões de integridade e veracidade reconhecidos pela ética médica.

Do ponto de vista da estratégia defensiva, qualquer inconsistência entre o prontuário e outros elementos de prova — laudos de exames, prescrições, imagens, depoimentos da equipe — pode ser explorada pela parte adversa para questionar a fidedignidade do conjunto documental. Por isso, a coerência entre todos os registros é tão importante quanto a completude de cada documento individualmente.

10.7 Acesso, Custódia e Prazo de Guarda

O paciente tem direito de acesso ao prontuário e à obtenção de cópia, conforme o art. 88 do Código de Ética Médica (CFM, 2018). O médico somente pode recusar esse acesso quando o fornecimento das informações representar risco ao próprio paciente ou a terceiros — hipótese excepcional que deve ser justificada. Nos termos do art. 89 do CEM, o médico pode liberar cópias do prontuário para atender ordem judicial ou para sua própria defesa, devendo, nesse último caso, solicitar que seja observado o sigilo profissional (CFM, 2018).

O prontuário médico é documento de manutenção permanente pelos médicos e estabelecimentos de saúde, nos termos da Resolução CFM n.º 2.217/2018 (CFM, 2018; JUSBRASIL, 2025). O prazo mínimo de guarda é de vinte anos para o suporte

físico — ou qualquer período em meio que possibilite a reconstituição integral do documento — , conforme estabeleceu a Resolução CFM n.º 1.638/2002. A destruição prematura do prontuário pode configurar infração ética e comprometer a defesa do profissional em eventual litígio posterior.

No prontuário eletrônico, a custódia é responsabilidade do médico ou da instituição de saúde que atende o paciente. A adoção de sistemas certificados, com controles de acesso, criptografia, assinaturas digitais e trilha de auditoria, é recomendada para garantir a segurança e a confiabilidade dos registros (DATASIGH, 2025; JUSBRASIL, 2025).

10.8 A Dupla Perspectiva da Documentação: Preventiva e Defensiva

A documentação médica deve ser compreendida sob uma dupla perspectiva. Sob o prisma preventivo, a qualidade dos registros reduz a ocorrência de erros pela melhoria da comunicação entre profissionais, facilita a continuidade do cuidado, diminui a probabilidade de litígios por falha informacional e demonstra, de forma objetiva, a diligência do profissional. A documentação adequada é, antes de qualquer estratégia jurídica, expressão de boa prática clínica.

Sob o prisma defensivo, os registros clínicos permitem a reconstrução precisa dos fatos em eventual questionamento judicial ou ético. É na documentação que se encontram as provas da adequação da conduta à lex artis ad hoc, da existência do processo de consentimento livre e esclarecido, da ausência de nexo causal entre a conduta e o resultado adverso e da presença de causas excludentes de responsabilidade. Em ambas as perspectivas, a qualidade do registro é determinante.

Na prática forense, a ausência de documentação adequada frequentemente conduz à inversão prática do ônus da prova em desfavor do médico. O STJ consolidou entendimento de que, presentes os requisitos do art. 6º, VIII, do CDC — verossimilhança das alegações e hipossuficiência técnica do paciente — , o ônus de provar a ausência de culpa pode ser transferido ao profissional (STJ, AgRg no Ag 818.144/SC). Quando o prontuário é incompleto ou inexistente, essa demonstração torna-se praticamente impossível, pois o médico precisará provar um fato negativo sem o suporte documental que deveria ter produzido.

Por outro lado, registros completos, claros, cronológicos e coerentes entre si frequentemente conduzem à absolvição do profissional, ao demonstrar a adequação

técnica do atendimento, a inexistência de nexo causal ou a presença de causas excludentes. Na esfera ética, a ausência de prontuário pode ser interpretada como negligência. Nos procedimentos conduzidos pelos Conselhos de Medicina, a análise do prontuário é decisiva para avaliar a conduta ética do profissional. A ausência, incompletude ou falhas relevantes nas anotações podem ser compreendidas como negligência, omissão ou até má-fé.

10.9 A Documentação Médica no Contexto da Estratégia Defensiva Global

Em conclusão, a documentação médica representa o principal instrumento de defesa do médico em todas as esferas de responsabilização. Mais do que um dever ético, trata-se de uma necessidade jurídica que condiciona a viabilidade de toda a estratégia defensiva. O prontuário, o consentimento informado e os demais registros clínicos constituem a base sobre a qual se constrói a verdade dos fatos no processo: sem eles, o médico tecnicamente diligente pode ser injustamente condenado; com eles, o profissional que atuou dentro dos padrões exigidos tem condições concretas de demonstrar sua correção.

A articulação entre o prontuário, o TCLE, os laudos, os relatórios e os demais documentos clínicos deve ser coerente e consistente. Disparidades entre esses documentos criam vulnerabilidades que podem ser exploradas pela parte adversa e pelo perito judicial. Por isso, a cultura de documentação rigorosa deve ser compreendida não como burocracia, mas como o primeiro e mais eficaz ato de defesa do médico — muito antes de qualquer processo ser instaurado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Código Penal (Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940). Brasília: Presidência da República, 1940. art. 299.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Presidência da República, 2018.

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília: Presidência da República, 2018.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: CFM, 2002.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.153, de 2016. Aprova o roteiro do laudo médico-pericial. Brasília: CFM, 2016.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018. Arts. 87, 88 e 89.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.381, de 20 de junho de 2024. Estabelece normas éticas para a emissão de documentos médicos. Brasília: CFM, 2024.

CONTEÚDO JURÍDICO. Acesso ao conteúdo do prontuário médico e o dever de sigilo profissional. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/52337>. Acesso em: 12 abr. 2026.

DATASIGH. Segurança NGS2: aumente a proteção do prontuário eletrônico. 2025. Disponível em: <https://datasigh.com.br/seguranca-ngs2-prontuario-eletronico/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

GOULART, Saul Varella. A elaboração dos documentos do paciente como prevenção e defesa. Consultor Jurídico, 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br>. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Adequação à nova Resolução do CFM 2.381/2024: passo a passo para evitar problemas legais nos seus documentos médicos. 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/adequacao-a-nova-resolucao-do-cfm-2381-2024-passo-a-passo-para-evitar-problemas-legais-nos-seus-documentos-medicos/2610183797>. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Aspectos jurídicos do fornecimento de prontuário médico. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/aspectos-juridicos-do-fornecimento-de-prontuario-médico/2336333072>. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Resolução CFM n.º 2.381/2024: regulamentação da emissão de documentos médicos. 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/resolucao-cfm-n-2381-2024-regulamentacao-da-emissao-de-documentos-medicos/2791563114>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIGALHAS. A importância do preenchimento adequado do prontuário médico. Mar. 2020. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/322567>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MIGALHAS. Direito de cópia do prontuário médico para fins diversos. Jun. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/433563>. Acesso em: 12 abr. 2026.

SILVA, Helir Rodrigues da. A melhor defesa médica é a melhor anotação médica em prontuário. Migalhas, 28 jul. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/435426>. Acesso em: 12 abr. 2026.

STJ — SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. AgRg no Ag 818.144/SC, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 7 abr. 2011, DJe 28 abr. 2011.

CAPÍTULO 11
ESTRATÉGIAS DE DEFESA NO ÂMBITO DA RESPONSABILIDADE CIVIL

11.1 Premissa Fundamental: A Defesa é Técnica Antes de Ser Jurídica

A defesa do médico em ações de responsabilidade civil é, antes de qualquer coisa, uma questão técnico-científica. Embora o processo judicial seja conduzido por advogados e decidido por magistrados, o objeto central do litígio é sempre a conduta médica — um conjunto de atos clínicos cujo julgamento exige domínio científico especializado. O advogado, por mais qualificado que seja em direito médico, não dispõe de formação técnica suficiente para avaliar de forma autônoma se a conduta do profissional esteve em conformidade com a lex artis ad hoc, se havia nexo causal entre essa conduta e o resultado adverso, ou se o dano decorreu de fator inerente à patologia do paciente e alheio à intervenção médica.

Essa assimetria cognitiva estrutural fundamenta uma orientação de ordem prática que deve ser adotada desde o primeiro momento em que o médico toma ciência de uma demanda judicial ou de uma notificação do Conselho Regional de Medicina: a imediata contratação de um assistente técnico médico especializado na área objeto do litígio, para que trabalhe em estreita colaboração com a defesa jurídica (MORETTI NETO, 2025). Sem esse suporte técnico, a construção da contestação corre o risco de ser superficial, desconectada dos fundamentos científicos que poderiam afastar a responsabilização, e vulnerável diante de um laudo pericial eventualmente desfavorável.

A tese central deste capítulo é que a defesa médica de excelência resulta sempre da combinação de três elementos: documentação clínica completa e íntegra, assistência técnica médica especializada desde o início da demanda, e estratégia jurídica fundamentada nos elementos probatórios tecnicamente construídos. Na ausência de qualquer desses elementos, a defesa será estruturalmente frágil.

11.2 A Reconstrução Cronológica: O Primeiro Ato da Defesa

A primeira e mais importante tarefa do binômio advogado-assistente técnico é a reconstrução cronológica completa da história clínica do paciente autor, desde o primeiro contato com o médico réu até o momento em que se instalou a ruptura da relação de confiança e o ato que é alegado como lesivo. Esse trabalho constitui a

espinha dorsal de toda a estratégia defensiva — é a partir dele que se identifica a conduta que será defendida, os documentos que precisam ser obtidos, as lacunas probatórias que precisam ser preenchidas e as inconsistências na narrativa do autor que poderão ser exploradas.

Nessa fase, a juntada de todos os documentos médicos disponíveis é imperativa e deve ir além dos registros produzidos pelo próprio médico réu. A coleta deve abranger:

Prontuários hospitalares de todos os estabelecimentos em que o paciente esteve internado ou recebeu atendimento ambulatorial, independentemente de terem sido produzidos sob os cuidados do médico réu. Documentos de outros serviços podem conter dados clínicos, resultados de exames complementares ou registros de avaliações que revelam informações técnicas fundamentais para a tese defensiva — inclusive, e especialmente, quando demonstram que determinadas condições clínicas, lesões ou danos já existiam antes da intervenção do médico réu, que outros profissionais contribuíram para o resultado adverso, ou que complicações já estavam instaladas previamente à conduta contestada.

Prontuário do consultório. O prontuário ambulatorial do consultório do médico réu é frequentemente subestimado pelas partes, mas contém informações clínicas de altíssimo valor: o histórico das consultas anteriores, as queixas evolutivas do paciente, os resultados de exames ao longo do tempo, as condutas adotadas em cada encontro clínico, as orientações fornecidas e os registros de seguimento. Esses dados permitem demonstrar a continuidade e a consistência da conduta médica ao longo do tempo, afastando alegações de negligência ou abandono terapêutico.

Exames complementares e laudos de imagem. Exames laboratoriais, de imagem, anatomopatológicos e funcionais realizados em qualquer momento da história clínica do paciente são evidências objetivas que permitem ao assistente técnico reconstruir o estado clínico real do paciente em cada etapa do tratamento, confrontando-o com a narrativa do autor e com os laudos eventualmente produzidos por outros médicos.

Registros de outros profissionais de saúde. Avaliações de fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e de outros médicos de especialidades distintas que atenderam o paciente podem revelar informações clínicas relevantes, especialmente

quando há alegação de dano funcional ou psíquico que já estava presente antes da intervenção questionada.

Com todo esse material organizado de forma cronológica, o assistente técnico estará em condições de elaborar um mapa temporal completo da evolução clínica do paciente — instrumento essencial para identificar o momento em que determinados sinais ou danos se instalaram, demonstrar sua correlação com causas não relacionadas à conduta do médico réu e fundamentar a narrativa defensiva com base em evidências objetivas e documentadas.

11.3 A Construção da Narrativa Técnica: Lex Artis Ad Hoc Como Fundamento

Com o histórico cronológico construído, o assistente técnico, em colaboração com o advogado, passa à elaboração da narrativa técnico-jurídica da defesa. Essa narrativa tem como eixo central a demonstração de que o médico réu atuou, em cada etapa do atendimento, em estrita conformidade com a lex artis ad hoc — o conjunto de regras técnicas e deontológicas exigidas para o exercício daquela especialidade médica, naquele momento histórico, diante daquele paciente concreto, com as condições disponíveis (MARTÍNEZ-CALCERRADA, 1986; VARSI-ROSPIGLIOSI, 2025).

A narrativa deve percorrer sistematicamente as quatro fases do ato médico:

Diagnóstico. Demonstrar que o raciocínio clínico do profissional foi correto e metodologicamente adequado: que a anamnese foi completa, que o exame físico foi realizado e documentado, que os exames complementares solicitados eram os indicados conforme os protocolos vigentes e que a hipótese diagnóstica resultante era tecnicamente sustentável à luz dos dados disponíveis no momento. A crítica retrospectiva ao diagnóstico — frequentemente realizada por outros médicos com acesso a informações que não existiam quando o diagnóstico foi formulado — deve ser contestada com base no princípio de que a adequação da conduta deve ser avaliada pelo que o médico sabia e tinha disponível no momento do ato, não pelo que se sabe depois (KFOURI NETO, 2019).

Consentimento informado. Demonstrar que o TCLE foi obtido de forma individualizada e adequada — que o paciente foi informado sobre o diagnóstico, os procedimentos propostos, os riscos inerentes, os benefícios esperados e as alternativas terapêuticas disponíveis, e que manifestou compreensão e concordância

livre e esclarecida. Como amplamente discutido no Capítulo 6, o TCLE é a principal barreira jurídica contra alegações de responsabilidade por riscos inerentes ao procedimento, desde que seja específico, contemporâneo e adequado ao caso concreto.

Tratamento. Demonstrar que o procedimento ou tratamento adotado correspondia ao padrão técnico exigido para aquela situação clínica, com base nas diretrizes de sociedades médicas, protocolos institucionais, literatura científica atual e consenso dos especialistas da área. Eventuais complicações ou resultados adversos devem ser contextualizados como eventos possíveis dentro do risco inerente ao procedimento, devidamente cobertos pelo TCLE e pela lex artis.

Seguimento. Demonstrar que o acompanhamento pós-procedimento foi adequado — que o paciente foi monitorado, que intercorrências foram identificadas e tratadas de forma tempestiva, que orientações foram fornecidas e documentadas, e que eventuais complicações receberam manejo técnico apropriado.

11.4 A Impugnação do Nexo Causal e as Excludentes de Responsabilidade

Mesmo quando a conduta médica foi tecnicamente adequada, é indispensável que a defesa desenvolva argumentação específica sobre o nexo causal — demonstrando, com base em evidências clínicas e científicas, que o dano alegado pelo autor não foi causado pela conduta do médico réu, ou que foi causado por concurso de outros fatores que afastam ou reduzem a responsabilidade. As principais linhas de impugnação do nexo causal são as seguintes:

Inexistência de nexo causal. A demonstração de que o dano existia antes da intervenção do médico réu — documentada por exames anteriores, laudos de outros serviços ou registros de internações prévias — rompe o nexo causal pela simples anterioridade do resultado. Igualmente, a demonstração de que o resultado adverso é decorrência natural e esperada da progressão da patologia de base, independentemente de qualquer intervenção, afasta a causalidade entre conduta e dano.

Culpa exclusiva do paciente. No contexto de recuperações cirúrgicas, a culpa exclusiva da vítima é uma tese de defesa recorrente e altamente relevante. Isso ocorre quando o paciente desobedece expressamente às orientações de repouso, restrição alimentar ou uso de medicamentos prescritos, dando causa à sua própria

complicação. A responsabilidade do médico cessa onde começa a negligência do próprio paciente com sua saúde. As orientações fornecidas ao paciente devem estar documentadas no prontuário e no TCLE para que essa tese seja sustentável, pois sem documentação é impossível demonstrar que as orientações foram dadas e que o paciente optou por descumpri-las.

Efeitos adversos de medicamentos prescritos por outros médicos. É frequente que pacientes com quadros clínicos complexos utilizem medicamentos prescritos por múltiplos profissionais. Muitas das queixas sintomáticas apresentadas como consequência da intervenção do médico réu — dores, fadiga, alterações cognitivas, disfunções orgânicas — podem ser efeitos colaterais conhecidos de medicamentos prescritos por outros profissionais que não o réu. A identificação e documentação dessa correlação, pelo assistente técnico, pode caracterizar excludente de responsabilidade por culpa concorrente de terceiro ou do próprio paciente que optou por seguir orientações médicas diversas das do médico réu.

Caso fortuito interno e força maior. O art. 393 do Código Civil reconhece o caso fortuito e a força maior como excludentes do dever de indenizar quando o evento é necessário e seus efeitos não podiam ser evitados ou impedidos (BRASIL, 2002). No contexto médico, reações orgânicas imprevisíveis — como choques anafiláticos em pacientes sem histórico conhecido de alergia, complicações anestésicas não antecipáveis, ou intercorrências orgânicas decorrentes da própria patologia do paciente — podem configurar caso fortuito, especialmente quando o médico adotou todas as precauções razoáveis exigidas pela lex artis (STJ, AREsp 536.927/SC; Enunciado CJF n.º 356).

Fato de terceiro. A conduta de outro profissional — médico plantonista, anestesista, enfermeiro, fisioterapeuta — que contribuiu de forma independente para o resultado adverso pode configurar fato de terceiro, rompendo ou atenuando o nexo causal entre a conduta do médico réu e o dano. A exclusão da responsabilidade civil do médico por fato de terceiro ocorre nos casos em que a ação dolosa ou culposa partiu de alguém que não o médico, quando a conduta de terceiro é o fato determinante que rompeu o nexo causal.

11.5 A Qualificação Profissional do Médico Réu como Elemento Defensivo

Um aspecto frequentemente negligenciado nas defesas em responsabilidade médica é a apresentação formal e documentada da qualificação profissional do médico réu. A demonstração inequívoca da capacitação técnica do profissional é instrumental para afastar a modalidade de culpa por imperícia — que consiste na falta de conhecimento técnico ou habilidade prática necessários para o exercício da especialidade — , e para contextualizar a conduta adotada dentro do mais elevado padrão de competência disponível.

A qualificação deve ser apresentada de forma completa: diploma de medicina; comprovante de registro no CRM com data de inscrição e situação ativa; certificado de residência médica na especialidade objeto do litígio; Registro de Qualificação de Especialista (RQE) emitido pelo CFM, quando aplicável; certificados de subespecialização, fellowships e cursos de aperfeiçoamento; publicações científicas em periódicos indexados; participação em bancas examinadoras, congresso e sociedades médicas; e cargos acadêmicos ou hospitalares que atestem reconhecimento institucional da competência do profissional.

A apresentação dessas informações tem dupla função: demonstra, de forma objetiva, que o médico réu possui formação específica e reconhecida para realização do procedimento questionado, tornando tecnicamente insustentável a alegação de imperícia; e contextualiza a conduta adotada dentro de um perfil profissional que não é o do médico despreparado ou negligente, mas o de um especialista que agiu dentro dos limites do seu conhecimento e das possibilidades concretas da situação clínica.

11.6 A Desconstrução da Narrativa Adversa e dos Documentos do Autor

Após a construção da narrativa técnica defensiva, o assistente técnico deve voltar sua análise crítica para os documentos apresentados pelo paciente autor. Esse trabalho deve ser meticuloso, pois é frequente que laudos, relatórios e pareceres juntados pela parte contrária apresentem fragilidades técnicas que, quando identificadas e documentadas, comprometem significativamente sua eficácia probatória.

Avaliações médicas à distância e laudos de teleconsulta. Avaliações realizadas de forma remota — por vídeo, por análise de documentos ou por relato do próprio paciente — possuem valor semiológico significativamente inferior às avaliações

presenciais, pois privam o médico dos dados do exame físico direto: inspeção, palpação, percussão e ausculta. A modalidade virtual de atendimento deve ser expressamente apontada e seu impacto sobre a confiabilidade das conclusões deve ser argumentado com base na literatura clínica especializada.

Laudos e relatórios de médicos generalistas em controvérsias que exigem expertise especializada. O art. 465 do CPC exige que o perito seja especializado no objeto da perícia (BRASIL, 2015). O mesmo princípio deve ser aplicado na análise dos documentos apresentados pelo autor: um relatório emitido por médico generalista ou de especialidade diversa da envolvida no litígio tem menor peso técnico do que o parecer de um especialista na área pertinente. A ausência de especialidade do médico que aponta supostas falhas — como quando um clínico geral opina sobre conduta neurocirúrgica ou um generalista analisa protocolo de cirurgia vascular — deve ser expressamente demonstrada e tecnicamente fundamentada pelo assistente técnico.

Desconstrução técnica com base no seguimento horizontal e na semiologia. A análise crítica de cada avaliação médica adversa deve considerar o contexto temporal em que foi realizada, os dados disponíveis ao examinador naquele momento e a metodologia empregada. É comum que avaliações retrospectivas concluam erroneamente por erro diagnóstico baseando-se em informações que surgiram depois do momento em que o diagnóstico foi feito. O assistente técnico deve demonstrar, com base no seguimento horizontal da história clínica, que o diagnóstico ou a conduta do médico réu era plenamente justificado pelos dados disponíveis na época, e que as avaliações posteriores se beneficiam de informações que simplesmente não existiam no momento das decisões clínicas questionadas.

11.7 Pacientes Litigantes: A Investigação de Outros Processos e a Prova Emprestada

Um dado de alta relevância prática, frequentemente ignorado na montagem da defesa, é a identificação de pacientes que são litigantes habituais em outras esferas judiciais — notadamente trabalhista e previdenciária. É relativamente comum que o mesmo paciente que alega dano decorrente de conduta médica esteja simultaneamente tramitando ação previdenciária por incapacidade laboral ou ação trabalhista por doença ocupacional.

Nesses processos, laudos periciais judiciais já foram produzidos por peritos independentes, sob o crivo do contraditório, em que o estado de saúde do paciente foi avaliado por especialistas nomeados pelo juízo. Se esses laudos concluíram pela inexistência de invalidez, pela ausência de incapacidade ou pelo estado de saúde compatível com a atividade laboral, esse material probatório pode ser de enorme valor para a defesa médica: demonstra, pela boca de peritos independentes, que os danos alegados na ação médica não existiam ou eram muito inferiores ao sustentado pelo autor.

Nos termos do art. 372 do CPC, o juiz pode admitir a utilização de prova produzida em outro processo, atribuindo-lhe o valor que considerar adequado, desde que observado o contraditório (BRASIL, 2015). A prova emprestada deve obedecer a requisitos fundamentais: licitude de sua produção na origem, identidade ou correlação entre os fatos, possibilidade de contraditório no processo receptor e autenticidade e integridade da prova (MODELOINICIAL, 2025). A utilização da prova emprestada não apenas respeita o princípio da economia processual, mas também possibilita que os princípios do contraditório e da ampla defesa possam ser exercidos no processo para o qual a prova foi trasladada.

A busca por esses processos deve ser feita de forma sistemática pelo advogado, mediante pesquisa nos tribunais competentes, consulta ao paciente-autor sobre outros processos e, quando possível, levantamento em bases de dados de jurisprudência. A identificação de um laudo pericial previdenciário ou trabalhista favorável à inexistência de invalidez, datado de período próximo ao alegado evento danoso, pode ser decisiva para desconstruir a extensão dos danos afirmados na ação médica.

11.8 O Laudo Necroscópico nos Casos de Óbito: Uma Prova Indispensável

Nos casos em que a ação de responsabilidade médica decorre de óbito do paciente, a causa real da morte é frequentemente o ponto central da controvérsia jurídica. Nesses processos, é comum que a família junte o atestado de óbito como principal prova documental da causa mortis — documento que, no entanto, pode ser insuficiente ou tecnicamente limitado para sustentar o nexo causal alegado.

O atestado de óbito é um documento de natureza administrativa e epidemiológica, emitido para fins de registro civil e de vigilância epidemiológica.

Quando o paciente vai a óbito durante internação e não há suspeita de morte violenta, o corpo frequentemente é encaminhado diretamente para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), onde o exame necroscópico é realizado para confirmação das causas naturais, sem que seja produzido laudo pericial de caráter judicial. A Declaração de Óbito é um documento feito para a vigilância epidemiológica e para o cartório de registro. O laudo pericial é muito mais completo, preciso e é feito para as autoridades policial e judicial que atuarão no processo.

O laudo necroscópico produzido pelo IML ou pelo SVO, quando disponível, constitui o documento de maior valor probatório para a determinação da real causa mortis, pois é elaborado por perito especializado com embasamento técnico-científico, descrevendo o método utilizado, os achados anatomopatológicos e as conclusões sobre a causa e o modo de morte (POLITEC, 2026). A divergência entre a causa de morte registrada no atestado e os achados necroscópicos — quando existente — pode ser determinante para afastar o nexo causal entre a conduta do médico réu e o óbito.

A busca ativa pelo laudo necroscópico deve ser parte obrigatória da estratégia defensiva nos casos de óbito. Esse documento pode ser obtido mediante requerimento administrativo ao IML ou ao SVO competente, mediante ofício judicial ou, quando já presente em autos de inquérito policial ou ação penal, mediante prova emprestada. A análise do laudo pelo assistente técnico pode revelar que a causa real da morte foi evento independente da conduta médica — tromboembolismo pulmonar não relacionado ao procedimento, infecção hospitalar de origem diversa, agravamento de comorbidade preexistente ou falência orgânica de causa multifatorial.

11.9 O Parecer Particular e os Pareceres de Colegas como Instrumentos Técnicos

Na etapa da contestação, a produção de documentação técnica qualificada é imperativa. Dois instrumentos merecem atenção especial:

Parecer particular elaborado pelo assistente técnico. Conforme analisado nos Capítulos 8 e 9, o assistente técnico deve elaborar um parecer técnico-científico completo, analisando todo o caso clínico, avaliando a conformidade da conduta do médico réu com a lex artis ad hoc, demonstrando a ausência de nexo causal ou a presença de excludentes de responsabilidade, e respondendo de forma fundamentada às alegações da inicial. Esse parecer, juntado aos autos na

contestação ou com as razões finais, fornece ao juiz e ao perito judicial um segundo ponto de vista especializado que pode ser determinante para a formação do convencimento judicial.

Pareceres e avaliações de outros médicos que examinaram o paciente. Os prontuários e os registros de outros médicos que atenderam o paciente ao longo de sua história clínica podem conter avaliações, impressões diagnósticas e opiniões técnicas que, contextualizadas, corroboram a tese defensiva. Quando outro especialista, em momento próximo ao ato questionado, consignou em prontuário que a conduta adotada era adequada, que a complicação era esperada ou que o quadro clínico era decorrente da patologia de base, esse registro constitui prova técnica de grande valor. O assistente técnico deve identificar esses registros e, quando pertinente, providenciar a juntada do prontuário integral ou a elaboração de declaração do colega, como forma de reforçar tecnicamente a narrativa defensiva.

11.10 O terceiro garantidor

Adicionalmente, como estratégia processual relevante no âmbito da responsabilidade civil médica, deve-se verificar, desde o início da demanda, se o médico réu possui contrato de seguro de responsabilidade civil profissional. A existência de apólice securitária vigente, que cubra os riscos inerentes à atividade médica, impõe à defesa a análise da pertinência do chamamento ao processo da seguradora, nos termos do art. 130, inciso III, do Código de Processo Civil.

O chamamento ao processo tem por finalidade integrar ao polo passivo o garantidor da obrigação, permitindo que a seguradora participe da relação processual desde sua formação, assegurando o contraditório e evitando futura ação regressiva autônoma. Trata-se de medida que prestigia os princípios da economia processual e da efetividade da prestação jurisdicional, uma vez que possibilita a solução integral da controvérsia em um único processo.

No contexto da responsabilidade médica, a seguradora, quando chamada à lide, passa a compor a defesa técnica e jurídica do médico segurado, podendo inclusive atuar de forma ativa na produção probatória, na indicação de assistentes técnicos e na condução estratégica do processo, a depender das cláusulas contratuais da apólice.

Importante destacar que o chamamento ao processo não altera a natureza da responsabilidade do médico, tampouco implica reconhecimento de culpa, constituindo mera estratégia de gestão de risco e de proteção patrimonial, amplamente admitida pela doutrina e pela jurisprudência pátria.

11.11 A Prescrição na Responsabilidade Civil Médica: Prazos, Termos e a Importância da Verificação Prévia pelo Advogado

11.11.1 O Mapa Normativo: Três Regimes, Um Equívoco Frequente

A prescrição na responsabilidade civil médica é matéria de elevada complexidade técnica e de impacto prático imediato: sua análise incorreta pode resultar na extinção da pretensão indenizatória ou, sob a ótica defensiva, na perda de poderosa preliminar capaz de encerrar a demanda sem julgamento de mérito. O erro mais frequente na prática forense é tratar o prazo prescricional da responsabilidade médica como um dado estático e uniforme. A realidade, contudo, é que o ordenamento brasileiro estabelece pelo menos três regimes distintos, cuja incidência depende da natureza da relação jurídica estabelecida entre o profissional e o paciente.

O primeiro regime é o da responsabilidade civil extracontratual, regulado pelo art. 186 c/c art. 206, § 3º, inciso V, do Código Civil, que prevê prazo prescricional de três anos. Esse regime incide quando a relação entre médico e paciente não se funda em contrato anterior, como ocorre tipicamente nos atendimentos de urgência realizados sem pacto prévio ou em situações de emergência hospitalar nas quais o profissional atua sem qualquer ajuste anterior com o paciente. O Superior Tribunal de Justiça consolidou, nos julgamentos dos EREsp n.º 1.280.825/RJ e EREsp n.º 1.281.594/SP, pela Corte Especial, que a expressão "reparação civil" contida no art. 206, § 3º, V, do Código Civil restringe-se aos danos decorrentes de ato ilícito extracontratual em sentido estrito — afastando, assim, a aplicação desse prazo trienal às relações contratuais.

O segundo regime é o da responsabilidade civil contratual, que se aplica à grande maioria das relações médico-paciente na medicina privada. Sempre que houver contrato de prestação de serviços médicos — implícito ou expresso, verbal ou escrito — entre o profissional e o paciente, o prazo prescricional aplicável é o decenal, previsto no art. 205 do Código Civil, conforme pacificado pelo STJ nos embargos de divergência acima mencionados. A consolidação desse entendimento, embora tenha

trazido maior segurança jurídica, impõe ao advogado do médico a necessidade de investigar, desde o primeiro contato com o caso, a natureza da relação jurídica subjacente: se havia ou não contrato de prestação de serviços, qual sua forma e conteúdo, e se há circunstâncias que possam modificar a fluência do prazo.

O terceiro regime é o do Código de Defesa do Consumidor, cujo art. 27 estabelece prazo prescricional específico de cinco anos para a pretensão à reparação pelos danos causados por fato do produto ou do serviço. A jurisprudência do STJ pacificou o entendimento de que esse prazo quinquenal aplica-se às demandas indenizatórias por erro médico ajuizadas no âmbito de relações de consumo — inclusive contra hospitais privados, clínicas, operadoras de planos de saúde e médicos que exercem atividade de forma empresarial. Nesse sentido, reiterados precedentes do Tribunal assentaram que a ação proposta para cobrança de indenização por erro médico está submetida ao prazo prescricional de cinco anos, conforme o art. 27 do CDC (STJ, AgInt no REsp 1.616.060/SC, Rel. Min. Moura Ribeiro, j. 12/12/2022; STJ, AgRg no AREsp 626.816/SP, Rel. Min. Moura Ribeiro, Terceira Turma, j. 7/6/2016).

11.11.2 O Termo Inicial: A Teoria da Actio Nata e Seus Desdobramentos

Identificado o prazo prescricional aplicável, a segunda questão — igualmente crítica para a defesa — é a definição do dies a quo: o momento a partir do qual aquele prazo começa a fluir. Nesse ponto, o ordenamento brasileiro adota a chamada teoria da actio nata, segundo a qual o prazo prescricional não se inicia necessariamente no momento em que o ato lesivo é praticado, mas sim quando nasce para o titular a possibilidade concreta de exercer a pretensão. Conforme o STJ, "o surgimento da pretensão ressarcitória não se dá necessariamente no momento em que ocorre a lesão ao direito" (STJ, REsp 1.836.016/PR, Informativo n.º 736, j. 10/05/2022).

Na vertente subjetiva da actio nata — aplicável especialmente nos ilícitos extracontratuais e expressamente prevista no art. 27 do CDC —, o prazo prescricional somente se inicia quando o lesado tem ciência inequívoca do dano e de sua autoria. O STJ consagrou esse entendimento em múltiplos precedentes, estabelecendo que "o prazo prescricional da ação para indenizar dano irreversível causado por erro médico começa a fluir a partir do momento em que a vítima tomou ciência inequívoca de sua invalidez, bem como da extensão de sua incapacidade" (STJ, AgRg no Ag 1.098.461/SP, Rel. Min. Raul Araújo, Quarta Turma, j. 22/06/2010). Esse

entendimento foi reafirmado recentemente pelos tribunais estaduais: o TJ-SP, em julgamento de 2024, reconheceu que o prazo prescricional não se inicia com a realização do procedimento médico, mas somente a partir do momento em que a parte autora toma ciência da lesão e de sua extensão, aplicando a teoria da actio nata e o princípio do "conhecimento da irreversibilidade do dano" (TJ-SP, Apelação Cível 10033047220218260642, Rel. Pastorelo Kfouri, 7.ª Câmara de Direito Privado, j. 27/09/2024).

Um caso paradigmático, célebre na doutrina brasileira de direito médico, ilustra com precisão a aplicação dessa teoria: uma paciente submeteu-se a cirurgia em 1979 e somente em 1995 — ao realizar exames de rotina — tomou conhecimento de que havia uma agulha cirúrgica em seu abdômen. O relator do STJ, ministro João Otávio de Noronha, afastou a prescrição ao reconhecer que não é possível exigir que alguém ajuíze ação sem ter exata ciência do dano sofrido — aplicando o princípio da actio nata para fixar o termo inicial na data da efetiva ciência, não na data do ato cirúrgico. Esse precedente demonstra a relevância da teoria para casos em que o dano médico se manifesta de forma diferida, silenciosa ou progressiva.

Há, todavia, importante distinção que o advogado precisa dominar: a aplicação do viés subjetivo da actio nata é excepcional, conforme assentado pelo STJ no REsp 1.736.091/PE (Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 14/05/2019). Em regra — sobretudo nos ilícitos contratuais —, prevalece a vertente objetiva da teoria, segundo a qual o prazo se inicia com a violação do direito, independentemente do conhecimento do lesado. O equívoco de invocar o viés subjetivo em hipóteses contratuais nas quais não se aplica pode comprometer tanto a defesa quanto a posição do autor da ação, razão pela qual a análise desse elemento deve ser cautelosa, individualizada e tecnicamente fundamentada.

11.11.3 Causas de Suspensão e Interrupção: Fatores Que Modificam a Fluência

A contagem do prazo prescricional não é linear nem imune a interrupções. O Código Civil prevê causas de suspensão (arts. 197 a 200) e de interrupção (art. 202) que podem modificar substancialmente a data em que a pretensão se extingue. No contexto da responsabilidade médica, merecem atenção especial: (a) a suspensão enquanto o processo ético-disciplinar tramita perante o Conselho Regional de

Medicina, em razão da pendência de apuração administrativa que pode servir de óbice ao exercício pleno da pretensão civil; (b) a interrupção pelo reconhecimento da obrigação, como em acordos extrajudiciais frustrados ou correspondências em que o profissional ou hospital admite parcialmente a ocorrência do dano; (c) a suspensão prevista no art. 200 do Código Civil, pelo qual a prescrição não corre enquanto não transitar em julgado a sentença penal — regra de particular relevância nos casos em que o fato médico também é objeto de investigação criminal.

A regra do art. 200 do Código Civil tem impacto direto sobre a estratégia defensiva: quando há inquérito policial ou ação penal em andamento, o prazo prescricional civil fica suspenso até o trânsito em julgado da decisão criminal. Isso significa que o médico réu em ação civil que também responde a processo penal pode enfrentar uma janela prescricional mais ampla do que a aparente. Para o advogado que pretende arguir a prescrição como preliminar, é imprescindível verificar se há ou houve paralelo criminal sobre os mesmos fatos, sob pena de ver a preliminar rejeitada com base nessa regra suspensiva.

11.11.4 A Preliminar de Prescrição: Técnica, Momento e Consequências Estratégicas

A prescrição é matéria de ordem pública, cognoscível de ofício pelo magistrado, nos termos do art. 487, inciso II, do Código de Processo Civil. Contudo, na prática forense, é altamente recomendável que o advogado do médico a argua expressamente como preliminar na contestação, com fundamento técnico sólido, precisamente por três razões: primeiro, porque o reconhecimento de ofício pelo juiz não é garantido e nem sempre ocorre; segundo, porque a arguição de prescrição como preliminar abre a possibilidade de extinção do processo sem resolução de mérito (art. 485, IV, do CPC) antes que qualquer discussão sobre a conduta médica seja travada — evitando os custos processuais, reputacionais e emocionais de uma longa instrução; terceiro, porque a ausência de arguição oportuna pode ser interpretada, em alguns contextos, como comportamento processual que impede o conhecimento ulterior da questão.

Para que a preliminar seja bem construída, o advogado precisa, com o auxílio do assistente técnico, reconstituir com precisão a linha do tempo clínica do paciente: data do ato médico alegadamente lesivo; data em que o paciente tomou — ou deveria

ter tomado — ciência do dano e de sua autoria; data do ajuizamento da ação; e verificação de eventuais causas suspensivas ou interruptivas. Cada um desses elementos deve ser comprovado documentalmente — preferencialmente com base no próprio prontuário médico, nos registros de exames e em outros documentos constantes dos autos —, de modo que a preliminar seja apresentada ao julgador com o suporte fático necessário para seu imediato acolhimento.

A jurisprudência do TJ-GO, em precedente recente, reafirmou a importância dessa investigação ao aplicar o prazo quinquenal do art. 27 do CDC com termo inicial na data da ciência inequívoca do dano, e não na data do procedimento médico: "o início da contagem do prazo prescricional, com base na teoria da actio nata, ocorre quando a vítima toma ciência inequívoca do dano suportado e conhecimento acerca de sua autoria" (TJ-GO, Apelação Cível 5082718-56.2022.8.09.0006). Em sentido semelhante, o TJ-SP assentou que o princípio da actio nata impõe que o prazo prescricional apenas tenha início a partir do momento em que a parte autora, de forma efetiva, passa a ter ciência da lesão e de sua extensão (TJ-SP, Apelação Cível 1009513-74.2023.8.26.0161). Esses julgados, ao mesmo tempo que podem militar contra o médico quando o autor demonstra que só tomou ciência tardiamente, também podem favorecer a defesa quando é possível demonstrar que o paciente tinha ciência do dano muito antes de ajuizar a ação — fazendo fluir o prazo a partir de data anterior.

11.11.5 O Papel Estratégico do Advogado: Verificação Prévia como Dever Técnico

O exame dos prazos prescricionais não é tarefa acessória ou burocrática: é o primeiro ato técnico que o advogado deve realizar ao receber um caso de responsabilidade médica. Antes de qualquer análise da conduta clínica, da lex artis ad hoc ou do nexo causal, é necessário saber se a pretensão do autor está ou não fulminada pelo tempo. Identificar que a ação foi proposta após o vencimento do prazo prescricional e arguir essa questão como preliminar é a forma mais eficaz e econômica de defender o médico — encerrando o processo antes que seja necessário mobilizar toda a estrutura probatória da defesa, com os custos e riscos inerentes à instrução processual.

Para tanto, o advogado deve mapear sistematicamente: (i) qual é a natureza da relação jurídica entre médico e paciente — contratual ou extracontratual —, o que

determina o regime prescricional aplicável; (ii) se há relação de consumo que justifique a aplicação do prazo quinquenal do CDC; (iii) qual é a data do ato médico e qual é a data em que o paciente tomou — ou em que as circunstâncias indicam que deveria ter tomado — ciência inequívoca do dano e de sua causa; (iv) se houve, no interregno, qualquer causa de suspensão ou de interrupção da prescrição; e (v) se o caso envolve ação penal ou procedimento administrativo que possa ter suspendido o prazo civil nos termos do art. 200 do Código Civil. Essa análise, conduzida com rigor técnico desde o primeiro atendimento, pode ser a diferença entre uma defesa bem-sucedida e um processo que se prolonga desnecessariamente.

A investigação dos prazos prescricionais assume especial relevância quando o caso envolve danos de manifestação progressiva ou diferida — sequelas de procedimentos cirúrgicos que se revelam gradualmente, incapacidades que se consolidam ao longo do tempo, ou complicações tardias de tratamentos. Nessas situações, a aplicação da teoria da actio nata pode tanto dilatar o termo inicial do prazo em favor do autor quanto, paradoxalmente, ser invocada pela defesa para demonstrar que, ao contrário do afirmado na inicial, o paciente tinha ciência do dano muito antes de ajuizar a ação. A identificação dessa janela temporal exige análise conjugada do prontuário, dos registros de consultas e exames, de laudos médicos anteriores e de outros elementos que permitam reconstituir, com precisão objetiva, o momento em que o conhecimento do dano se tornou inequívoco.

11.12 A Prescrição na Responsabilidade Civil Médica: Fundamentos, Prazos e Estratégia Defensiva

11.12.1 Fundamentos e Relevância Processual da Prescrição

A prescrição constitui um dos institutos mais relevantes e, ao mesmo tempo, mais subestimados na prática da defesa do médico em ações de responsabilidade civil. Trata-se da extinção da pretensão pelo decurso do tempo, nos termos do art. 189 do Código Civil, que consagra a regra segundo a qual, violado o direito, nasce para o titular a pretensão, a qual se extingue nos prazos previstos nos arts. 205 e 206 do mesmo diploma (BRASIL, 2002). A prescrição não extingue o direito material em si, mas a pretensão de exigi-lo em juízo — e por isso representa, para o advogado da defesa, uma das primeiras e mais eficazes ferramentas de proteção do médico quando manejada com precisão técnica e tempestividade.

A arguição da prescrição como preliminar de contestação, prevista no art. 337, inciso II, do Código de Processo Civil, é ato processual que exige análise cautelosa e imediata no momento em que o patrono recebe os autos. O seu reconhecimento pelo juízo implica extinção do processo com resolução de mérito, nos termos do art. 487, inciso II, do CPC — desfecho absolutamente favorável ao médico, independente da análise técnica do mérito. Trata-se, portanto, de matéria que o advogado especializado em direito médico deve dominar com profundidade, pois sua inobservância pode resultar na perda de uma das mais poderosas teses de defesa disponíveis.

11.12.2 O Marco Normativo: Qual Prazo Prescricional Aplica-se ao Erro Médico?

A definição do prazo prescricional aplicável às ações de responsabilidade civil médica é, no direito brasileiro, matéria de considerável complexidade, em razão da pluralidade de regimes normativos incidentes e da divergência jurisprudencial que marcou o tema por décadas. Três prazos principais disputam aplicação, dependendo da natureza da relação jurídica estabelecida entre o médico e o paciente:

Prazo quinquenal (5 anos) — art. 27 do CDC. A regra geral mais aplicada pelos tribunais é o prazo de cinco anos estabelecido no art. 27 do Código de Defesa do Consumidor, que incide nas hipóteses em que a relação médico-paciente é qualificada como relação de consumo. O Superior Tribunal de Justiça consolidou o entendimento de que os serviços médicos prestados por profissionais liberais e hospitais privados se enquadram na definição de relação de consumo, tornando o prazo quinquenal do CDC o mais frequentemente aplicado em ações de indenização por erro médico na rede privada.

> "Em se tratando de ação de indenização fundada em suposto erro do profissional médico, entende-se que há relação de consumo, aplicando-se então o Código de Defesa do Consumidor. Portanto, o prazo prescricional é de cinco anos, conforme art. 27 do CDC." (STJ, AgInt no AREsp, Rel. Min. Raul Araújo, reafirmado em inúmeros precedentes da Terceira e Quarta Turmas)

Prazo trienal (3 anos) — art. 206, § 3º, V, do Código Civil. O prazo de três anos para a "pretensão de reparação civil" previsto no art. 206, § 3º, inciso V, do Código Civil aplica-se nas situações de responsabilidade civil aquiliana — isto é, extracontratual —, segundo entendimento firmado pelo STJ nos embargos de divergência EREsp 1.280.825/RJ (j. 27/06/2018). Esse prazo é relevante nos casos

de atendimentos de urgência sem vínculo contratual prévio, bem como em determinadas demandas de responsabilidade médica fora do âmbito das relações de consumo, como ocorre em contextos específicos de atendimento privado não caracterizado como relação consumerista.

Prazo decenal (10 anos) — art. 205 do Código Civil. Nas hipóteses de responsabilidade civil contratual em que a relação de consumo não esteja caracterizada, aplica-se a regra geral do art. 205 do Código Civil, que fixa prazo prescricional de dez anos. O STJ, nos mesmos embargos de divergência EREsp 1.280.825/RJ e EREsp 1.281.594, fixou a distinção: nas controvérsias de responsabilidade contratual, aplica-se o prazo decenal do art. 205; quando se tratar de responsabilidade extracontratual, incide o prazo trienal do art. 206, § 3º, V. Esse prazo mais longo pode beneficiar o paciente que busca a reparação em relações contratuais não regidas pelo CDC — razão pela qual a defesa deve estar atenta à qualificação da relação jurídica desde a análise inicial dos autos.

Prazo quinquenal para a Fazenda Pública. Quando o réu é ente público — hospital universitário, unidade básica de saúde, hospital municipal ou estadual — aplica-se o prazo prescricional de cinco anos previsto no art. 1º do Decreto n.º 20.910/1932, independentemente da natureza da relação (contratual ou aquiliana). O STJ consolidou esse entendimento em recurso especial representativo de controvérsia, fixando-o como padrão nas ações indenizatórias propostas em face da Fazenda Pública por alegado erro médico praticado no âmbito do SUS.

11.12.3 O Termo Inicial: A Teoria da Actio Nata e o Princípio da Ciência Inequívoca do Dano

Tão importante quanto a identificação do prazo aplicável é a determinação do seu termo inicial — o dies a quo a partir do qual a contagem começa a fluir. A resposta a essa questão é fornecida pela teoria da actio nata, expressa no brocardo actione non nata non praescribitur (a ação não nascida não prescreve), que o art. 189 do Código Civil acolhe em sua vertente objetiva: violado o direito, nasce a pretensão e começa a fluir o prazo.

Contudo, a jurisprudência do STJ tem reconhecido, em caráter excepcional, a vertente subjetiva da teoria, segundo a qual o prazo somente se inicia quando o titular da pretensão toma ciência inequívoca da lesão e de seus efeitos. Esse entendimento

é de particular relevância nas ações de responsabilidade médica, pois o dano decorrente de erro médico frequentemente não se manifesta de forma imediata: pode levar meses ou anos para que o paciente compreenda a extensão dos danos sofridos e sua vinculação com o ato médico questionado.

> "A jurisprudência do STJ firmou-se no sentido de que o prazo prescricional da ação para indenizar dano irreversível causado por erro médico começa a fluir a partir do momento em que a vítima tomou ciência inequívoca de sua invalidez, bem como da extensão de sua incapacidade. Aplicação do princípio da actio nata." (STJ, AgRg no Ag, Rel. Min. Raul Araújo, Quarta Turma, j. 22/06/2010)

O Informativo n.º 736 do STJ, referente ao julgamento do REsp 1.836.016/PR (Rel. Min. Nancy Andrighi, j. 10/05/2022), sistematizou os critérios que indicam a tendência de adoção excepcional do viés subjetivo da actio nata: (a) submissão da pretensão a prazo prescricional curto; (b) constatação de que o credor tinha ou deveria ter ciência do nascimento da pretensão; (c) tratar-se de responsabilidade civil por ato ilícito absoluto; e (d) expressa previsão legal impondo o sistema subjetivo. Esses critérios são de grande relevância para a defesa, pois permitem ao advogado do médico arguir, com fundamento técnico, que o prazo prescricional já fluiu integralmente antes do ajuizamento da ação, mesmo nos casos em que o autor alega ter tomado conhecimento tardio dos danos.

Ainda em 2024, a Quarta Turma do STJ, no julgamento do AgInt no REsp n.º 1.494.347/SP (Rel. Min. João Otávio de Noronha, j. 10/09/2024), reafirmou que o direito brasileiro adota a teoria da actio nata em sua vertente objetiva como regra, admitindo a vertente subjetiva apenas excepcionalmente. A decisão reforçou que a contagem do prazo a partir da data do ato médico — e não da ciência do dano — é a regra geral, o que favorece a arguição de prescrição pela defesa nas ações propostas muito tempo após o evento.

11.12.4 Causas Impeditivas, Suspensivas e Interruptivas da Prescrição: Atenção Obrigatória da Defesa

O exame da prescrição não se esgota na identificação do prazo e do termo inicial. O advogado deve verificar, com igual rigor, a eventual incidência de causas que impedem, suspendem ou interrompem o curso prescricional, pois sua presença pode inviabilizar a preliminar de prescrição que, de outro modo, seria plenamente cabível.

O art. 200 do Código Civil estabelece que, quando a ação se originar de fato que deva ser apurado no juízo criminal, não correrá a prescrição antes da respectiva sentença definitiva. Essa regra tem implicação direta no direito médico: quando o mesmo fato que origina a ação cível também gerou inquérito policial ou ação penal por homicídio culposo ou lesão corporal culposa, o prazo prescricional civil fica suspenso até o trânsito em julgado da sentença penal. A defesa deve verificar se há demanda penal em curso — ou encerrada — que justifique a incidência do art. 200 antes de arguir a prescrição, para evitar o risco de ver a preliminar rejeitada por fundamento que a própria análise cuidadosa dos autos teria revelado.

O art. 197 do Código Civil prevê a suspensão da prescrição entre cônjuges, ascendentes e descendentes e tutelados e tutores durante a relação que lhes dá origem. O art. 198 impede que a prescrição corra contra absolutamente incapazes. Nos casos em que a vítima do alegado erro médico é menor de idade ou pessoa incapaz, o prazo não se inicia enquanto durar a incapacidade, o que pode tornar a prescrição inaplicável mesmo quando decorreu longo período desde o evento. A defesa deve examinar a situação jurídica do autor à época dos fatos e ao longo do prazo prescricional.

A interrupção da prescrição, prevista no art. 202 do Código Civil, ocorre por ato judicial de citação válida, protesto judicial, apresentação de título a protesto, ato inequívoco de reconhecimento do devedor ou notificação extrajudicial. Destaca-se que a citação interrompe a prescrição retroativamente à data da propositura da ação, desde que o autor não tenha sido negligente na promoção do ato citatório, conforme art. 240 do CPC. A análise do histórico processual, das datas de ajuizamento e citação e de eventuais notificações extrajudiciais é, portanto, indispensável antes da arguição da preliminar.

11.12.5 A Importância Estratégica da Análise Prescricional pelo Advogado da Defesa

A análise da prescrição deve ser o primeiro ato do advogado constituído para a defesa do médico em ação de responsabilidade civil. Antes mesmo de avançar ao exame do mérito — a conduta médica, o prontuário, a necessidade de assistente técnico —, o patrono deve calcular com precisão se a pretensão do autor ainda era exigível quando da propositura da ação. Uma ação ajuizada após o prazo prescricional

representa, independentemente da qualidade técnica da conduta médica, uma demanda extinta desde o nascedouro — e o seu reconhecimento na contestação evita ao médico anos de processo, desgaste reputacional, custos financeiros e exposição emocional.

Para a análise prescricional completa, o advogado deve percorrer as seguintes etapas metodológicas: (i) identificar a natureza da relação jurídica — consumerista, contratual ou extracontratual — para determinar o prazo aplicável entre os três regimes descritos; (ii) identificar o dies a quo — a data do evento danoso ou, nos casos de dano de manifestação tardia, a data da ciência inequívoca do dano e de sua extensão; (iii) calcular se o prazo transcorreu integralmente antes da data da propositura da ação ou da citação válida; (iv) verificar a existência de causas suspensivas, impeditivas ou interruptivas que possam ter paralisado ou reiniciado a contagem; e (v) pesquisar a existência de ação penal ou inquérito policial sobre os mesmos fatos, que poderiam ter suspendido o prazo nos termos do art. 200 do CC.

A jurisprudência demonstra que a prescrição tem sido acolhida com frequência expressiva nos tribunais estaduais e no STJ nos processos envolvendo responsabilidade médica. O TJMG, por exemplo, pronunciou a extinção do feito com resolução de mérito por prescrição quinquenal em demanda que versava sobre alegado erro durante parto, reconhecendo que o prazo do art. 27 do CDC havia fluído integralmente entre a data do evento e o ajuizamento da ação. A Corte reconheceu que o termo inicial coincide com a data do evento danoso quando o dano se manifesta imediatamente — e não com eventual data posterior em que a família consultou advogado ou obteve laudo de outro profissional (TJMG, AC 1.0024.08.082582-1/001).

A arguição de prescrição não é incompatível com a defesa de mérito: o CPC, em seu art. 341, parágrafo único, permite que a parte, ao contestar, suscite preliminares e, simultaneamente, impugne o mérito. A estratégia correta é arguir a prescrição como preliminar — requerendo a extinção imediata do processo — e, subsidiariamente, apresentar contestação de mérito para o caso de a preliminar ser afastada. Esse duplo tratamento é tecnicamente obrigatório: a ausência da arguição da prescrição pode implicar preclusão e consequente extinção da tese defensiva mais favorável.

Em síntese, o domínio técnico da prescrição na responsabilidade civil médica — com a identificação precisa do prazo aplicável, do termo inicial, das causas

modificativas e da forma processualmente correta de suscitá-la — representa um diferencial decisivo na atuação do advogado especializado em defesa médica. A negligência nessa análise inicial pode custar ao cliente anos de litígio que uma simples arguição preliminar, tecnicamente fundamentada, poderia ter eliminado já na primeira resposta processual.

11.13 Síntese: A Matriz da Defesa Médica de Excelência

A defesa eficaz em ações de responsabilidade civil médica não se resume à apresentação de uma contestação jurídica formalmente adequada. Ela é resultado de um trabalho integrado e sistemático que começa com a contratação imediata do assistente técnico, passa pela reconstrução cronológica completa da história clínica, pela construção da narrativa técnica fundada na lex artis ad hoc, pela coleta e análise crítica de todos os documentos médicos disponíveis, pela impugnação técnica das alegações adversas e pela produção de documentação probatória qualificada. Esse trabalho deve ser conduzido em parceria estreita entre o advogado especializado em direito médico e o assistente técnico, em uma relação de complementaridade em que cada um contribui com sua expertise específica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Código Civil (Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002). Brasília: Presidência da República, 2002. Arts. 393, 944 e 945.

BRASIL. Código de Processo Civil (Lei n.º 13.105, de 16 de março de 2015). Brasília: Presidência da República, 2015. Arts. 372 e 465.

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990). Brasília: Presidência da República, 1990. Arts. 6º, VIII; 14, §3º e §4º.

CJF — CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. Enunciado n.º 356 da IV Jornada de Direito Civil. Brasília: CJF, 2006.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018.

CONJUR. TJ-MG minimiza laudo cadavérico e livra homem de júri por morte em motel. Abr. 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-abr-30/tj-mg-mitiga-laudo-cadaverico-e-livra-homem-de-juri-por-morte-em-motel/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade civil do médico. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

LEGALE EDUCACIONAL. Responsabilidade civil médica: culpa, prova e estratégia. 2026. Disponível em: <https://legale.com.br/blog/responsabilidade-civil-medica-culpa-prova-e-estrategia/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

LEAL, Lucas Pedroso Fernandes Ferreira; MILAGRES, Antonio. A importância do laudo pericial médico na formação do entendimento do juízo. Saúde, Ética & Justiça, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-90, 2012.

MARTÍNEZ-CALCERRADA, Luis. La responsabilidad civil médico-sanitaria. Madrid: Tecnos, 1986.

MIGALHAS. Caso fortuito e força maior: excludentes de responsabilidade no CDC. Jan. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-responsabilidade-civil/423781>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MODELOINICIAL. O risco da sucumbência e a prova pericial emprestada na Justiça do Trabalho. Abr. 2025. Disponível em: <https://modeloinicial.com.br/artigos/53/risco-sucumbencia-a-prova-pericial-emprestada-justica-trabalho>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MORETTI NETO, Joaquim. A importância do assistente técnico na defesa de médicos. Migalhas, 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PERSPECTIVAS EM MEDICINA LEGAL E PERÍCIA MÉDICA. Mortes suspeitas, qual o destino? O correto ou o mais adequado? 2017. Disponível em: <https://www.perspectivas.med.br/en/2017/02/mortes-suspeitas-qual-o-destino-o-correto-ou-o-mais-adequado/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

POLITEC — PERÍCIA OFICIAL E IDENTIFICAÇÃO TÉCNICA (MT). Saiba como é elaborado o laudo de necrópsia do IML. Abr. 2026. Disponível em: [https://www.politec.mt.gov.br/-/saiba-como-é-elaborado-o-laudo-de-necropsia-do-iml](https://www.politec.mt.gov.br/-/saiba-como-%C3%A9-elaborado-o-laudo-de-necropsia-do-iml). Acesso em: 12 abr. 2026.

REVISTAFT. Judicialização da causa mortis. Mai. 2025. Disponível em: <http://revistaft.com.br/judicializacao-da-causa-mortis/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

SILVA, Helir Rodrigues da. A melhor defesa médica é a melhor anotação médica em prontuário. Migalhas, 28 jul. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/435426>. Acesso em: 12 abr. 2026.

STJ — SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. AgRg no Ag 818.144/SC, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 7 abr. 2011.

STJ — SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. AREsp 536.927/SC. Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Quarta Turma.

TJRS — TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Apelação 70079387726, Rel. Paulo Roberto Lessa Franz, Décima Câmara Cível, j. 13 dez. 2018.

VARSI-ROSPIGLIOSI, Enrique. Lex artis ad hoc y responsabilidad médica. Lima: Grijley, 2025.

BRASIL. Código Civil (Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002). Brasília: Presidência da República, 2002. Arts. 189, 197, 198, 200, 202, 205, 206.

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990). Brasília: Presidência da República, 1990. Art. 27.

BRASIL. Código de Processo Civil (Lei n.º 13.105, de 16 de março de 2015). Brasília: Presidência da República, 2015. Arts. 240, 337, II, 487, II.

BRASIL. Decreto n.º 20.910, de 6 de janeiro de 1932. Regula a prescrição quinquenal. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1932. Art. 1.º.

IBIJUS. A prescrição no direito médico. Disponível em: https://www.ibijus.com/blog/908-a-prescricao-no-direito-medico. Acesso em: 15 abr. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. EREsp 1.280.825/RJ. 2.ª Seção. Rel. Min. Benedito Gonçalves. Julgado em: 27 jun. 2018. (Prazo prescricional: responsabilidade contratual — 10 anos; extracontratual — 3 anos).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. REsp 1.836.016/PR. 3.ª Turma. Rel. Acd. Min. Nancy Andrighi. Julgado em: 10 maio 2022. Informativo n.º 736. (Actio nata — critérios para adoção do viés subjetivo).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. AgInt no REsp n.º 1.494.347/SP. 4.ª Turma. Rel. Min. João Otávio de Noronha. Julgado em: 10 set. 2024. (Actio nata — vertente objetiva como regra geral).

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. AC 1.0024.08.082582-1/001. Rel.ª Des.ª Vanessa Verdolim Hudson Andrade. 1.ª Câmara Cível. Julgado em: 9 mar. 2010. (Prescrição quinquenal — erro médico — actio nata).

CAPÍTULO 12
ESTRATÉGIAS DE DEFESA NO ÂMBITO ÉTICO-PROFISSIONAL

12.1 Premissa: A Especificidade da Responsabilidade Ético-Profissional

A defesa do médico no âmbito ético-profissional compartilha com a defesa civil a mesma fundação técnica essencial — a demonstração de que a conduta foi pautada pela lex artis ad hoc — mas exige uma dimensão adicional e autônoma: demonstrar que o profissional agiu em conformidade com os princípios deontológicos que regem o exercício da medicina. Não basta, no processo ético-disciplinar, provar que o procedimento foi tecnicamente correto; é necessário demonstrar que a conduta foi, em todas as suas dimensões, eticamente íntegra.

Essa distinção é estruturalmente relevante. A norma ética vai além da norma jurídica, devendo ser compreendida como um círculo mais amplo que contém, em seu interior, o conjunto das normas jurídicas (OLIVEIRA, 2022). Um médico pode ser absolvido civil e penalmente — por ausência de culpa demonstrável ou por insuficiência de prova — e ainda assim ser condenado no âmbito ético, caso sua conduta tenha violado deveres deontológicos autônomos que não encontram correspondência exata nos requisitos de responsabilidade civil ou penal. O inverso também é verdadeiro: o médico pode ser condenado judicialmente e absolvido pelo CRM. A independência das instâncias, consagrada no art. 7º do Código de Processo Ético-Profissional (CPEP — Resolução CFM n.º 2.306/2022), significa que cada esfera realiza sua própria apreciação dos fatos à luz de seus próprios critérios normativos.

12.2 O Marco Normativo: Código de Ética Médica e CPEP

A normativa que estrutura o processo ético-profissional é composta essencialmente por dois instrumentos normativos fundamentais: o Código de Ética Médica (CEM — Resolução CFM n.º 2.217/2018) e o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP — Resolução CFM n.º 2.306/2022, com as alterações introduzidas pela Resolução CFM n.º 2.424/2025).

O CEM, em sua versão vigente, é composto de 26 princípios fundamentais do exercício da medicina, 11 normas diceológicas — que descrevem os direitos do médico — e 117 normas deontológicas — que estabelecem os deveres e as vedações éticas. A transgressão das normas deontológicas sujeita o médico às penas

disciplinares previstas em lei, nos termos da própria norma (CFM, 2018). O domínio completo e preciso desse conjunto normativo é pressuposto essencial da defesa ética: o patrono do médico deve conhecer não apenas os artigos invocados na denúncia, mas o sistema deontológico completo, para identificar os princípios que amparam a conduta do acusado, as normas diceológicas que protegem seus direitos e os preceitos que eventualmente afastam a tipificação da infração alegada.

O CPEP, por sua vez, regula as sindicâncias, os Processos Ético-Profissionais (PEP) e o rito dos julgamentos nos Conselhos Regionais e Federal de Medicina. O CPEP representa o conjunto de normas processuais que regulamentam as sindicâncias, os processos ético-profissionais e o rito dos julgamentos nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, observando sempre os princípios do Código de Ética Médica. A Resolução CFM n.º 2.306/2022 atualizou as regras anteriores, introduzindo inovações relevantes como a regulamentação da competência em atendimentos por telemedicina, a redução dos prazos das sindicâncias, a possibilidade de realização de atos processuais por meio eletrônico e a citação por meios digitais.

A Resolução CFM n.º 2.424/2025 trouxe atualizações adicionais ao CPEP, incluindo a possibilidade de delegação de atos de instrução — inclusive oitiva de partes e testemunhas — e a tramitação eletrônica dos procedimentos. Essas novidades têm implicações práticas relevantes para a estratégia defensiva, que deve estar atualizada com o marco normativo vigente.

12.3 Fases do Processo Ético-Profissional: Mapa Estratégico

Compreender o rito processual é indispensável para que a defesa atue de forma estratégica em cada etapa. O processo ético-profissional divide-se em fases sequenciais, cada uma com características e oportunidades específicas.

12.3.1 A Sindicância: Fase Investigativa e Porta Estratégica

A sindicância, prevista no CPEP, é a fase preliminar de caráter investigativo destinada à averiguação dos fatos denunciados. Nos termos da Resolução CFM n.º 2.306/2022, ela tramita em sigilo e deve ser concluída em 90 dias, prorrogáveis por igual período mediante autorização da Corregedoria. O novo CPEP reduziu esse prazo pela metade em relação à norma anterior, tornando a fase sindicante mais célere.

Um ponto normativamente relevante — e com implicações estratégicas — é o entendimento consagrado na Resolução CFM n.º 2.306/2022 de que a sindicância possui caráter meramente investigativo, sendo desnecessária a garantia da ampla defesa e do contraditório nesse momento (MATTOS FILHO, 2022). Contudo, o CREMESP orienta que o médico, ao ser notificado, deve apresentar manifestação escrita, juntar provas, indicar testemunhas e fornecer dados da literatura científica pertinente, pois é nessa fase que existe a maior oportunidade de arquivamento da denúncia antes da instauração do PEP (CREMESP, s.d.).

A aparente contradição — sem contraditório formal, mas com oportunidade de influenciar o desfecho — revela a importância de uma atuação proativa e tecnicamente qualificada já na sindicância. Uma resposta bem elaborada, com prontuário completo, literatura médica pertinente e argumentação técnica fundamentada, pode ser determinante para o conselheiro sindicante concluir pelo arquivamento, evitando a instauração do PEP. Muitos médicos respondem à sindicância sem apoio jurídico especializado, subestimando sua importância estratégica — erro que pode elevar significativamente as chances de evolução para processo ético-disciplinar com todas as suas consequências reputacionais (ASSIS, 2024).

12.3.2 O Processo Ético-Profissional: Instrução, Defesa e Julgamento

Constatados indícios de infração ética na sindicância, o CRM instaura o PEP. A partir daí, o processo adquire características semelhantes às de um processo judicial: o médico é citado para apresentar defesa prévia, há fase de instrução probatória com oitiva de testemunhas e coleta de provas, audiência de instrução e debates, e julgamento por câmara ou pelo plenário do CRM. Da decisão condenatória, cabe recurso voluntário ao Conselho Federal de Medicina no prazo de 30 dias (MODELOINICIAL, 2025; CPEP, 2022).

Na defesa prévia, o art. 39 do CPEP assegura ao médico o direito de arguir preliminares processuais e alegar tudo o que interesse à sua defesa, oferecer documentos e justificações, especificar as provas pretendidas e arrolar até cinco testemunhas (CFM, 2022). Esse momento é crítico: a ausência de requerimento tempestivo de provas pode precludir o direito de produzi-las posteriormente, tornando a defesa prévia uma peça processual de enorme relevância técnica.

As penalidades aplicáveis, em ordem crescente de gravidade, são: advertência confidencial em aviso reservado; censura confidencial em aviso reservado; censura pública em publicação oficial; suspensão do exercício profissional por até 30 dias; e cassação do exercício profissional, que exige referendo do Conselho Federal de Medicina (Lei n.º 3.268/1957). A dosimetria da sanção considera a gravidade da infração, as circunstâncias, as consequências e os antecedentes do médico — o que torna a apresentação da qualificação profissional e do histórico ético do acusado relevante também nessa dimensão (MODELOINICIAL, 2025).

12.4 O Duplo Fundamento da Defesa Ética: Lex Artis e Deontologia

A defesa no PEP exige argumentação em dois planos simultâneos e complementares, que não podem ser tratados separadamente.

Plano técnico-científico. Como no âmbito civil, a defesa deve demonstrar que a conduta médica foi pautada pela lex artis ad hoc: que o diagnóstico foi formulado com método adequado, que o consentimento foi obtido, que o tratamento empregado correspondia ao padrão científico exigido e que o seguimento foi realizado com diligência. As mesmas ferramentas analisadas no Capítulo 11 — reconstrução cronológica, juntada de prontuários, análise de exames, desconstrução de avaliações adversas, qualificação profissional — aplicam-se integralmente nessa esfera.

Plano deontológico. Além da conformidade técnica, a defesa deve demonstrar que a conduta observou os princípios fundamentais do Código de Ética Médica e as resoluções específicas aplicáveis ao tema da denúncia. A defesa ética não se resume a negar a infração: exige a identificação positiva das normas éticas observadas pelo acusado, demonstrando que sua atuação foi pautada pelos valores que estruturam o exercício da medicina como profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade (CEM, art. I dos Princípios Fundamentais). Cada artigo invocado na denúncia deve ser confrontado com a conduta concreta documentada, demonstrando a ausência dos elementos objetivos e subjetivos necessários para a configuração da infração ética.

Dois princípios norteadores do CEM merecem atenção especial na construção da defesa: o dever de agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (art. II dos Princípios Fundamentais) — demonstrado pelo histórico de atuação técnica e pela formação especializada — , e o respeito à autonomia do

paciente, à dignidade da pessoa humana e aos direitos fundamentais (art. VII dos Princípios Fundamentais) — demonstrado pela qualidade do TCLE e pela adequação da comunicação médico-paciente.

12.5 O Domínio das Resoluções CFM Aplicáveis ao Caso Concreto

A defesa ética competente exige não apenas o domínio do CEM em sua integralidade, mas o conhecimento das resoluções específicas do CFM que regulam a matéria objeto da denúncia. O sistema normativo do CFM é vasto e em constante atualização: há resoluções específicas sobre telemedicina, prontuário eletrônico, consentimento informado, publicidade médica, sigilo médico, transplantes, reprodução assistida, cuidados paliativos, procedimentos específicos por especialidade e inúmeros outros temas.

Quando a denúncia versa sobre matéria regulada por resolução específica, a defesa deve demonstrar que o médico observou aquela norma — e, quando o desfecho adverso decorreu de fator alheio à sua conduta, que a resolução pertinente não foi violada. A identificação precisa das normas aplicáveis ao caso concreto é, por isso, um dos primeiros atos da defesa ética: antes de elaborar qualquer argumentação, o patrono e o assistente técnico devem mapear o conjunto normativo incidente — CEM, CPEP e resoluções específicas — e construir a defesa a partir de cada uma dessas fontes.

12.6 A Prova Pericial no Processo Ético-Disciplinar: Evolução e Status Atual

Um aspecto de particular relevância é a utilização da prova pericial no âmbito ético-disciplinar. Por muito tempo prevaleceu, nos Conselhos de Medicina, a compreensão de que a análise técnica da conduta médica era atribuição exclusiva dos conselheiros — médicos com formação especializada — , dispensando-se a produção formal de prova pericial. Essa concepção repousava na premissa de que os julgadores, sendo médicos, possuíam capacidade técnica autônoma para avaliar o ato médico questionado.

Essa lógica foi progressivamente questionada à medida que os litígios passaram a envolver condutas de alta especialização técnica — neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, oncologia — cujo julgamento adequado requer não apenas formação médica genérica, mas expertise específica na subespecialidade em questão. O

reconhecimento dessa limitação impulsionou o uso das câmaras técnicas do CRM como instâncias de esclarecimento científico, e mais recentemente a regulamentação formal da prova técnica pericial.

O CPEP (Resolução CFM n.º 2.306/2022) disciplinou o tema em seu art. 57, estabelecendo que o instrutor poderá requisitar parecer de câmara técnica em matéria de complexidade científica, o qual serve como elemento de esclarecimento, sem caráter pericial ou decisório, sendo a elaboração dos quesitos competência exclusiva do instrutor (CFM, 2022). Embora o CPEP limite formalmente o papel das câmaras técnicas ao esclarecimento, sem atribuir-lhes caráter pericial ou decisório, na prática esses pareceres exercem influência significativa na formação do convencimento dos julgadores.

Em plano mais abrangente, a Resolução CFM n.º 2.430/2025 — que revogou a Resolução CFM n.º 1.497/1998 e a Resolução CFM n.º 2.325/2022 — consolidou o marco normativo do ato médico pericial e da produção da prova técnica médica, definindo os atos médicos da especialidade de Medicina Legal e Perícia Médica e estabelecendo critérios mínimos de segurança para a construção da prova pericial (CFM, 2025). A normativa define os atos médicos da especialidade e destaca seus aspectos éticos, jurídicos e técnicos, além de ampliar as possibilidades de uso da telemedicina pela Medicina Legal e pela Perícia Médica. Esse marco regulatório confere maior legitimidade e sistematização técnica à produção de prova pericial no âmbito dos Conselhos, reforçando seu potencial como instrumento probatório robusto.

Do ponto de vista defensivo, a produção proativa de prova técnica pelo médico acusado representa uma estratégia de primeira ordem. O médico pode produzir prova documental (prontuários, exames, protocolos, literatura médica), prova testemunhal (oitiva de até cinco testemunhas na defesa prévia), prova pericial quando necessária avaliação técnica específica, e juntada de pareceres técnicos de especialistas (MODELOINICIAL, 2025). Essa última modalidade — o parecer técnico elaborado por especialista na área pertinente — é o equivalente ético do parecer do assistente técnico no processo civil, e sua qualidade pode ser determinante para o resultado do julgamento.

12.7 A Dimensão Documental na Defesa Ética: Prontuário como Eixo Probatório

A instrução probatória é o núcleo do PEP. Prontuários completos e bem fundamentados, aliados ao respeito ao sigilo e à LGPD, são determinantes para a solidez da defesa. Por isso, a atuação técnica deve começar desde a fase preliminar, com organização documental e requerimento oportuno de provas, refletindo diretamente na motivação das decisões e na dosimetria das sanções. [Aurum](https://www.aurum.com.br/blog/processo-etico-crm/)

O prontuário médico é, no processo ético-disciplinar, o documento central da instrução probatória — tanto quanto no processo civil. Sua ausência, incompletude ou ilegibilidade podem ser interpretadas pelos conselheiros como evidência de negligência ou má-fé, independentemente da qualidade técnica do atendimento prestado. Ao contrário, um prontuário completo, cronologicamente organizado, com registro das condutas adotadas, das orientações fornecidas, das intercorrências identificadas e do processo de consentimento, é o instrumento mais poderoso de que dispõe o médico para demonstrar que agiu dentro dos mais completos preceitos éticos.

O TCLE igualmente assume relevância específica no âmbito ético, pois sua ausência pode configurar violação direta do art. 22 do CEM, que veda ao médico deixar de obter consentimento do paciente após esclarecê-lo sobre o procedimento proposto. Por isso, a análise da documentação disponível — com os mesmos critérios de completude, individualização, acessibilidade da linguagem e coerência com o prontuário analisados no Capítulo 6 — é etapa obrigatória da preparação defensiva no âmbito ético.

12.8 Estratégias Específicas da Defesa Ética

A defesa no processo ético-profissional apresenta nuances estratégicas que a distinguem da defesa civil. Algumas merecem destaque especial:

Mapeamento preciso dos artigos invocados. A denúncia ao CRM deve indicar os artigos do CEM supostamente violados. A defesa deve responder a cada artigo invocado de forma específica, demonstrando a ausência dos elementos constitutivos da infração — tanto objetivos (conduta comissiva ou omissiva concreta) quanto subjetivos (intenção, negligência ou imprudência). A resposta genérica, sem

confrontação artigo a artigo, é tecnicamente insuficiente e pode ser interpretada como ausência de contestação.

Arguição de nulidades processuais. A identificação e arguição de nulidades processuais, especialmente relacionadas à competência, citação, intimações e cerceamento de defesa, são estratégias legítimas e frequentemente eficazes na defesa ética. [Aurum](https://www.aurum.com.br/blog/processo-etico-crm/) O médico cujo processo for conduzido com vício de competência, irregularidade na citação, ausência de contraditório em momento que o exigia ou cerceamento de defesa pode obter a nulidade dos atos processuais viciados, com reabertura da instrução ou arquivamento.

Arguição de prescrição. O Código de Processo Ético-Profissional estabelece prazos para a conclusão das fases processuais. A sindicância deve ser concluída em 90 dias prorrogáveis por igual período. O excesso injustificado de prazo pode ensejar arguição de prescrição ou de nulidade por violação ao princípio da razoável duração do processo, aplicável por analogia ao rito ético (JUSBRASIL, 2025).

Demonstração do histórico ético e profissional. A dosimetria das sanções considera, entre outros fatores, os antecedentes do médico. O histórico de atuação ética — ausência de condenações anteriores, participação em programas de qualidade assistencial, atuação acadêmica e publicações — deve ser apresentado como elemento atenuante ou como fator de demonstração de que a conduta questionada representa um episódio isolado, distante do padrão habitual de atuação do profissional.

Requerimento de testemunhas qualificadas. O CPEP permite o arrolamento de até cinco testemunhas na defesa prévia. A escolha estratégica de quem será ouvido pode ser determinante: colegas que participaram do atendimento, residentes que acompanharam o procedimento, fisioterapeutas ou enfermeiros que registraram a evolução do paciente são testemunhas que podem corroborar a narrativa da defesa com dados objetivos e observações diretas.

Utilização de literatura médica como fundamento técnico. No processo ético, a apresentação de literatura científica atual — artigos de revisão, diretrizes de sociedades médicas, metanálises — que sustente a conduta adotada como compatível com o padrão da especialidade tem papel equivalente ao do laudo pericial

no processo civil. Essa documentação deve ser juntada de forma organizada, com destaque dos trechos pertinentes e tradução quando em idioma estrangeiro.

12.9 A Independência das Instâncias e Seus Efeitos Cruzados

O art. 7º do CPEP consagra a independência das instâncias: o processo e julgamento das infrações éticas são independentes e não estão, em regra, vinculados ao processo e julgamento da questão criminal ou cível sobre os mesmos fatos (CFM, 2022). Essa independência tem implicações em duas direções.

De um lado, o médico absolvido na esfera cível ou penal não está automaticamente absolvido no âmbito ético. A sentença absolutória penal somente influirá na apuração da infração ética quando tiver por fundamento o reconhecimento de que o fato imputado não existiu ou que o acusado não foi seu autor — hipóteses específicas de absolvição por inexistência material do fato (CPEP, art. 7º, §2º; Código de Processo Penal, art. 386, I e IV). Nos demais casos de absolvição penal — por insuficiência de provas, por ausência de culpabilidade, por excludentes de ilicitude — , o processo ético prossegue de forma autônoma.

De outro lado, a condenação civil não implica condenação ética automática. A correta compreensão dessa independência protege o médico de argumentações que pretendam transformar a condenação civil em prova cabal da infração ética, o que seria metodologicamente inadequado e tecnicamente equivocado.

12.10 A Prescrição no Âmbito Ético-Disciplinar: Prazo, Termo Inicial e Arguição Perante o Conselho

12.10.1 O Regime Prescricional no Processo Ético-Profissional

A prescrição no âmbito ético-profissional é instituto autônomo em relação às esferas cível e penal, possuindo regime normativo próprio e independente. O Código de Processo Ético-Profissional (CPEP), aprovado pela Resolução CFM n.º 2.306/2022, regula em seu art. 112 que a punibilidade por falta ética sujeita a Processo Ético-Profissional prescreve em cinco anos, contados a partir da data do efetivo conhecimento do fato pelo Conselho Regional de Medicina. Trata-se, portanto, de prazo quinquenal cujo marco inicial não é a data da prática da infração, mas sim o momento em que o CRM toma conhecimento efetivo do fato denunciado — o que pode ocorrer por meio de denúncia formal, de ofício, ou por comunicação de terceiros.

Esse prazo encontra fundamento também na Lei n.º 9.873/1999, que estabelece prazo de prescrição para o exercício da ação punitiva pela Administração Pública Federal. O art. 1.º da Lei fixa em cinco anos o prazo prescricional para a aplicação de sanção pela Administração, o que, por analogia e por força da natureza autárquica dos Conselhos de Medicina, aplica-se ao exercício do poder disciplinar pelo CRM. Assim, a prescrição no âmbito ético médico converge com o regime geral da prescrição administrativa punitiva, conferindo coerência ao sistema.

A mesma Lei n.º 9.873/1999 prevê, em seu art. 1.º, § 1.º, a chamada prescrição intercorrente: a paralisação do processo por mais de três anos, sem que haja despacho ou decisão, faz cessar a pretensão punitiva. O Tribunal Regional Federal da 3.ª Região já reconheceu a aplicabilidade da prescrição intercorrente de três anos nos processos ético-disciplinares de profissionais de saúde, com fundamento direto nesse dispositivo. Para o advogado do médico, esse é um aspecto de especial relevância estratégica: processos éticos que tramitam de forma lenta e irregular, com longas paralisações sem atos decisórios, são potencialmente vulneráveis à arguição de prescrição intercorrente, o que pode ensejar o arquivamento do feito antes mesmo de seu julgamento.

12.10.2 Interrupção e Suspensão do Prazo Ético

O art. 113 do CPEP elenca as hipóteses de interrupção do prazo prescricional no âmbito ético-profissional, que se verificam: pelo conhecimento expresso ou pela citação do denunciado, inclusive por edital; pela decisão de instauração do Processo Ético-Profissional; pela decisão condenatória de primeira instância; e pelo recurso voluntário ao CFM. A interrupção, ao contrário da suspensão, faz o prazo reiniciar do zero a partir do ato que a gerou — o que significa que, nos processos que tramitam regularmente, o prazo de cinco anos tem seu cômputo recomeçado a cada marco processual relevante. Para a defesa, isso implica verificar se os marcos interruptivos ocorreram de fato e dentro dos prazos, pois qualquer irregularidade pode afetar a validade da interrupção e, consequentemente, a fluência do prazo.

Diferentemente da prescrição civil ou penal, a prescrição ética tem como característica singular o fato de que o seu prazo não flui enquanto houver ato processual regular. A morosidade administrativa, portanto, somente aproveita o médico quando o processo permanece absolutamente inerte — sem qualquer

despacho ou ato instrutório —, pois é essa inércia qualificada que configura o suporte fático da prescrição intercorrente. A defesa que pretende arguir a prescrição ética deve, portanto, mapear com precisão os marcos processuais e identificar as lacunas temporais que excedam o prazo legal.

12.10.3 A Independência da Prescrição Ética e Seus Efeitos Sobre a Estratégia

A prescrição no processo ético-disciplinar é completamente independente dos prazos prescricionais cíveis e penais. Um médico pode ter sua pretensão punitiva ética extinta por prescrição ainda que o processo civil de indenização esteja em pleno curso, e vice-versa. Da mesma forma, a condenação criminal transitada em julgado não interfere na contagem do prazo prescricional ético, e a absolvição criminal não garante, por si só, que o processo ético já tenha prescrito. Essa autonomia das instâncias, consagrada no art. 7.º do CPEP, impõe ao advogado do médico a necessidade de análise prescricional específica para cada esfera, sem que se possa transplantar automaticamente os marcos ou os prazos de uma para outra.

Em termos estratégicos, a verificação da prescrição ética deve ocorrer imediatamente quando o médico recebe a notificação da sindicância, antes mesmo de elaborar qualquer defesa de mérito. Isso porque a arguição da prescrição como preliminar no processo ético pode encerrar o procedimento desde logo, sem que a conduta do profissional seja sequer examinada pelo CRM — eliminando o risco de condenação ética e todos os seus efeitos reputacionais, mesmo que a defesa de mérito fosse tecnicamente sólida. A identificação dessa possibilidade, portanto, representa um ganho estratégico de primeira ordem, que só se concretiza com o exame imediato e rigoroso dos prazos a partir da data em que o Conselho tomou conhecimento do fato denunciado.

Por fim, é importante sublinhar que a prescrição ética é matéria de ordem pública, podendo ser reconhecida de ofício pelo CRM. Ainda assim, a prática demonstra que o reconhecimento espontâneo pelo Conselho não é frequente, sendo a arguição expressa pelo advogado do médico o meio mais seguro de obter o reconhecimento e o arquivamento do processo. A peça de defesa que argui a prescrição ética deve ser tecnicamente precisa: indicar a data do fato, a data em que o CRM tomou conhecimento efetivo, os marcos interruptivos ocorridos e, quando for

o caso, os períodos de inércia processual que configuram a prescrição intercorrente — tudo documentado e referenciado nos autos.

12.11 Conclusão: A Defesa Ética como Proteção da Honra Profissional

A defesa no âmbito ético-profissional não é apenas uma necessidade jurídica — é, antes de tudo, a proteção da honra profissional do médico. Uma condenação ética, ainda que em grau leve, tem impacto reputacional significativo, podendo afetar vínculos institucionais, processos de credenciamento em planos de saúde, concursos públicos e a confiança dos pacientes. Por isso, a seriedade com que essa defesa deve ser conduzida não é inferior à da defesa civil ou penal — e, em muitos casos, supera-a em importância prática para a vida profissional do médico.

A estratégia defensiva mais eficaz no âmbito ético combina, de forma integrada: atuação imediata desde a sindicância; documentação clínica completa e bem organizada; assistência técnica especializada na área pertinente; domínio completo do CEM e das resoluções aplicáveis; argumentação articulada no duplo plano técnico-científico e deontológico; produção proativa de prova documental, testemunhal e pericial; e, quando cabível, arguição de nulidades processuais e de prescrição. Como observa a doutrina especializada, a prevenção permanece como a estratégia mais eficaz, baseada em comunicação clara, consentimento informado, prontuários adequados e conformidade com as normas éticas, fortalecendo a segurança jurídica e a confiança social (AURUM, 2026).

REFERÊNCIAS

ASSIS, Renato. Sindicâncias e processos éticos do CRM: tudo o que você precisa saber. 2024. Disponível em: <https://renatoassis.com.br/sindicancias-e-processos-eticos-do-crm-tudo-o-que-voce-precisa-saber/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

AURUM. Processo ético no CRM: entenda como funciona na prática. Fev. 2026. Disponível em: <https://www.aurum.com.br/blog/processo-etico-crm/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.306, de 25 de março de 2022. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP). Brasília: CFM, 2022.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.424, de 27 de março de 2025. Altera dispositivos do CPEP aprovado pela Resolução CFM n.º 2.306/2022. Brasília: CFM, 2025.

CFM — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 2.430, de 21 de maio de 2025. Dispõe sobre o ato médico pericial e a produção da prova técnica médica. Brasília: CFM, 2025.

CREMESP — CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Etapas de um processo contra médico no Conselho Regional de Medicina. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br>. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Processo ético disciplinar — defesa prévia — médico — CRM. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/modelos-pecas/processo-etico-disciplinar-defesa-previa-médico-crm/3011100946>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MATTOS FILHO ADVOGADOS. CFM institui novo Código de Processo Ético-Profissional. Mai. 2022. Disponível em: <https://www.mattosfilho.com.br/unico/codigo-etico-profissional/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MODELOINICIAL. Processo ético-profissional no CRM: perguntas e respostas. Dez. 2025. Disponível em: <https://modeloinicial.com.br/artigos/627/processo-etico-profissional-crm-perguntas-respostas>. Acesso em: 12 abr. 2026.

OLIVEIRA, Antônio Carlos Nunes de. Comentários ao Código de Processo Ético-Profissional dos Conselhos de Medicina: aprovado pela Resolução CFM n.º 2.306/2022. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2022.

PORTAL MÉDICO CFM. Código de Processo Ético-Profissional (atual). Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-de-processo-etico-profissional-atual/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

PORTAL MÉDICO CFM. Nova Resolução do CFM sistematiza recomendações na especialidade de Medicina Legal e Perícia Médica. Mai. 2025. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/nova-resolucao-do-cfm-sistematiza-recomendacoes-na-especialidade-de-medicina-legal-e-pericia-medica/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

CAPÍTULO 13
ESTRATÉGIAS DE DEFESA NO ÂMBITO PENAL

13.1 A Excepcionalidade do Direito Penal na Atividade Médica

A responsabilidade penal do médico representa a forma mais grave de responsabilização profissional, pois implica intervenção do Estado em seu âmbito mais restritivo — a possibilidade de privação de liberdade. Por isso, o Direito Penal se rege pelo princípio da intervenção mínima: somente as condutas mais graves, que causem dano relevante a bens jurídicos fundamentais como a vida e a integridade física, justificam a incidência do aparato punitivo estatal (CAPEZ, 2022; MASSON, 2022). Conforme analisado no Capítulo 7, os crimes médicos mais frequentes são o homicídio culposo (art. 121, §3º, do CP), a lesão corporal culposa (art. 129, §6º, do CP) e a omissão de socorro (art. 135 do CP), todos delitos de natureza culposa, em que o resultado danoso não é querido pelo agente.

A distinção entre o insucesso terapêutico e o crime culposo é a questão central da defesa penal do médico. O Direito Penal não pune o insucesso terapêutico — pune a conduta que se afasta do padrão técnico exigido pela lex artis ad hoc e que, por esse afastamento, causa resultado lesivo evitável. A simples ocorrência de dano ou óbito não é suficiente para a responsabilização penal: é imprescindível a demonstração rigorosa da culpa, do nexo causal e de todos os elementos do tipo penal (REVISTAFT, 2024). A responsabilidade penal exige prova segura. A responsabilização do profissional da saúde depende da violação do dever objetivo de cuidado e da compatibilidade entre a conduta e os padrões técnicos esperados.

13.2 A Estrutura do Crime Culposo Médico: Elementos que a Defesa Deve Desmontar

Para que o médico seja responsabilizado penalmente, é necessária a presença cumulativa de todos os elementos do conceito analítico de crime: fato típico, ilicitude e culpabilidade (MASSON, 2022). A ausência de qualquer desses elementos afasta a responsabilização, independentemente do resultado adverso. A estratégia defensiva penal deve, portanto, trabalhar sistematicamente para demonstrar a ausência de ao menos um desses elementos.

No âmbito do fato típico, a defesa deve questionar: a conduta foi efetivamente inadequada (violação do dever objetivo de cuidado)? O resultado decorreu dessa conduta (nexo causal)? A conduta está descrita no tipo penal invocado? Nos crimes culposos médicos, o tipo é aberto — exige do magistrado o exame e o acolhimento de prova da imprudência, negligência ou imperícia geradora do resultado letal (JUSBRASIL, 2023) — e por isso a prova técnica é absolutamente determinante.

No âmbito da ilicitude, a defesa pode invocar excludentes como o estado de necessidade — quando a conduta era a única forma de preservar bem jurídico maior em situação de urgência — e o consentimento informado, que circunscreve os riscos aceitos pelo paciente ao campo do risco permitido. A teoria da imputação objetiva de Roxin, já analisada no Capítulo 4, fornece igualmente instrumentos para afastar a tipicidade: se o resultado decorreu de risco permitido pela lex artis, não há criação de risco proibido e, portanto, não há imputação (ROXIN, 1997).

No âmbito da culpabilidade, podem ser invocadas a inexigibilidade de conduta diversa — quando as circunstâncias do atendimento tornavam impossível ao médico agir de outra forma — e o erro de proibição, nas situações em que o profissional desconhecia, sem culpa, que sua conduta poderia ser considerada ilícita.

13.3 A Fase do Inquérito Policial: Oportunidade e Riscos

O inquérito policial é o procedimento administrativo inquisitório de investigação criminal, instaurado pela autoridade policial para apurar a autoria e a materialidade de infração penal. Sua natureza é essencialmente inquisitória: a jurisprudência consolidada das Cortes Superiores afirma que o inquérito policial é desprovido de contraditório, por configurar mera peça informativa, sendo a ampla defesa assegurada integralmente na fase da ação penal (STJ, REsp; art. 155 do CPP).

Contudo, na prática, o inquérito é uma fase de altíssimo risco para o médico, por razões que a defesa deve conhecer e gerenciar com precisão. Primeiro, muitas condenações são baseadas em testemunhos e declarações colhidos na fase inquisitorial, que acabam influenciando o convencimento judicial mesmo sendo tecnicamente formados sem contraditório. Segundo, diligências que poderiam ser realizadas nessa fase — como a produção de prova pericial técnica, a preservação de vestígios e a coleta de documentação clínica — se não requisitadas

oportunamente, podem se tornar impossíveis pelo decurso do tempo e pela deterioração ou destruição das provas.

As principais providências defensivas na fase de inquérito são:

Acompanhamento ativo pela defesa. Embora o inquérito seja inquisitório, a Súmula Vinculante n.º 14 do STF assegura ao defensor acesso amplo a todos os elementos de prova já documentados no procedimento investigatório. A defesa deve utilizar esse acesso para acompanhar o desenvolvimento das investigações, identificar provas desfavoráveis que precisam ser contestadas e requerer diligências complementares que beneficiem o investigado.

Não colaborar contra si mesmo. O médico investigado não tem obrigação de fornecer declarações que o incriminem. O direito ao silêncio, consagrado no art. 5º, LXIII, da Constituição Federal, deve ser exercido de forma estratégica: qualquer declaração prestada sem orientação jurídica adequada pode ser usada contra o profissional na fase judicial. A presença do advogado antes e durante qualquer interrogatório é imprescindível.

Requisição imediata de perícia técnica. Na fase de inquérito, a defesa pode requerer à autoridade policial a realização de diligências necessárias à elucidação dos fatos (art. 14 do CPP). A produção de prova pericial técnica — análise do prontuário, exame dos equipamentos utilizados, avaliação do protocolo médico adotado — deve ser solicitada com urgência, especialmente em casos de óbito, antes que vestígios sejam perdidos ou destruídos.

Requerimento de arquivamento. Se a defesa concluir, com base na análise técnica do caso, que não há indícios suficientes de autoria ou de conduta culposa, pode requerer ao Ministério Público o arquivamento do inquérito. Esse requerimento deve ser fundamentado tecnicamente, com parecer do assistente técnico e análise dos documentos clínicos disponíveis.

13.4 O Exame de Corpo de Delito e a Perícia Penal: Instrumento Obrigatório e Arma Defensiva

No âmbito penal, a prova pericial assume dimensão ainda mais crítica do que nas esferas civil e ética, pois está diretamente vinculada à comprovação da materialidade delitiva. Nos termos do art. 158 do Código de Processo Penal, quando

a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado (BRASIL, 1941).

O STJ, no julgamento do REsp n.º 1.621.950/SP, reafirmou que, para a configuração do homicídio culposo por erro médico, é imprescindível a realização de perícia técnica que comprove o nexo de causalidade entre a conduta do profissional e o resultado morte. O Tribunal entendeu que a ausência desse exame configura cerceamento de defesa, nos termos do artigo 158 do Código de Processo Penal, já que impede a verificação adequada dos elementos da culpa, como imprudência, negligência ou imperícia. O STJ anulou a condenação imposta ao médico, determinando a reabertura da instrução processual para que fosse realizada a perícia necessária.

Mais recentemente, o STJ reafirmou e ampliou esse entendimento: o prontuário médico não basta para comprovar a materialidade do crime, sendo a ausência de exame pericial admitida apenas em situações excepcionais em que a perícia é impraticável ou os vestígios não mais existem (CONJUR, 2025). Essa jurisprudência é extraordinariamente relevante para a defesa penal do médico.

Do ponto de vista defensivo, a argüição de nulidade por ausência de exame de corpo de delito constitui tese processual de primeira ordem quando a condenação ou a pronúncia do médico se fundou exclusivamente em documentos médicos ou testemunhos, sem que tenha sido realizada perícia técnica especializada sobre a conduta e o nexo causal. A ausência de perícia configura cerceamento de defesa e pode determinar a anulação do processo e a reabertura da instrução.

A defesa deve ainda formular quesitos estratégicos ao perito designado (art. 159, §3º, do CPP) e indicar assistente técnico para acompanhar a perícia, produzir parecer e eventualmente contraditar o laudo oficial. Os quesitos devem ser calibrados para explorar os elementos técnicos que demonstrem a conformidade da conduta com a lex artis, a natureza inerente das complicações observadas, a presença de causas excludentes e a ausência de nexo causal entre a conduta e o resultado morte ou lesão.

13.5 A Construção da Dúvida Razoável: Fundamento da Absolvição Penal

O princípio do in dubio pro reo é o mais poderoso instrumento da defesa penal e seu fundamento constitucional é a presunção de inocência, consagrada no art. 5º, LVII, da Constituição Federal. Deriva também do art. 386, VII, do Código de Processo

Penal, que determina a absolvição do réu quando não houver prova suficiente para a condenação (BRASIL, 1941).

O conceito de standard de prova além da dúvida razoável (beyond a reasonable doubt) é originário do Direito Anglo-Saxão e é atualmente o critério de valoração de prova penal mais aceito no mundo para a prolação de sentença condenatória justa (MIGALHAS, 2022). A quantidade de prova acusatória precisa ultrapassar a dúvida razoável para que se concretize o princípio in dubio pro reo. Como consignou a doutrina, não há um princípio de filosofia, um dogma moral, um cânone de religião, um postulado de bom senso, uma regra jurídica que autorize um pronunciamento condenatório na dúvida.

Nos crimes médicos culposos, a construção da dúvida razoável é a estratégia central da defesa, e ela pode ser alcançada por múltiplos caminhos:

Demonstração de versão técnica alternativa plausível. Se a defesa consegue demonstrar, com fundamento científico, que o resultado adverso pode ter decorreu de causa diferente da conduta do médico — evolução da doença de base, complicação inerente ao procedimento, intercorrência imprevisível, condições clínicas do paciente — a acusação não consegue excluir essa versão alternativa, e a dúvida razoável se instala. A prova técnica não evidencia a relação entre o agravamento do quadro e qualquer má execução do procedimento cirúrgico, podendo decorrer das peculiares condições pessoais do paciente.

Impugnação técnica do laudo pericial oficial. O laudo produzido pelo perito do juízo não é incontestável. A identificação de falhas metodológicas, conclusões incoerentes com os dados clínicos ou ausência de análise de hipóteses alternativas, quando sustentada por parecer técnico do assistente técnico da defesa, cria incerteza técnica que impede a formação da certeza necessária à condenação.

Demonstração de que a culpa não foi exclusiva ou sequer presente. A acusação tem o ônus de provar a culpa do médico de forma robusta. O artigo 155 do Código de Processo Penal impede a prolação de sentenças fundamentadas exclusivamente em elementos informativos do inquérito policial, garantindo a prevalência do contraditório judicial. A dúvida razoável gerada por contradições impõe a absolvição do acusado.

Contraditório técnico em relação a laudos e pareceres da acusação. Avaliações de outros médicos juntadas pela acusação — sobretudo quando elaboradas a

distância, por generalistas ou sem o acesso ao prontuário completo — devem ser sistematicamente desconstruídas pelo assistente técnico da defesa, com base nos mesmos critérios analisados no Capítulo 11: modalidade virtual, ausência de especialidade e desconhecimento do contexto clínico completo.

13.6 Análise do Tipo Penal Invocado: A Correspondência entre Conduta e Descrição Legal

A defesa penal deve analisar com precisão o tipo penal invocado na denúncia, verificando se os elementos descritos na peça acusatória correspondem efetivamente aos fatos apurados. Nos crimes culposos médicos, o tipo é aberto, exigindo a identificação da modalidade de culpa — negligência, imprudência ou imperícia — e sua correspondência com a conduta concreta descrita (CAPEZ, 2022; MASSON, 2022).

Algumas teses defensivas específicas merecem atenção:

Ausência de violação do dever objetivo de cuidado. Se a conduta do médico foi pautada pela lex artis ad hoc, não há crime culposo, pois o crime culposo pressupõe a violação do dever de cuidado. A apresentação de protocolos, diretrizes de sociedades médicas e literatura científica que demonstrem a conformidade da conduta com o padrão técnico vigente é argumento central da defesa.

Negativa do nexo causal. A prova do nexo causal — que a conduta culposa foi a causa eficiente do resultado — é ônus da acusação e deve ser estabelecida por perícia técnica. Quando a morte ou a lesão pode ter decorrido de causa diversa — a patologia de base, uma intercorrência imprevisível, a resposta orgânica do paciente — , o nexo causal não está estabelecido além da dúvida razoável.

Princípio da confiança em atendimentos de equipe. Em procedimentos médicos realizados em equipe — cirurgia, anestesiologia, equipe de UTI — , aplica-se o princípio da divisão do trabalho e da confiança: cada profissional pode confiar que os demais membros da equipe agirão de acordo com suas respectivas competências, não respondendo penalmente por erros autônomos de terceiros (CONTEÚDO JURÍDICO, 2019). A defesa deve demonstrar claramente o papel do médico réu na equipe, os atos que praticou e os limites de sua responsabilidade no contexto do trabalho coletivo.

Excludente pelo estado de necessidade em urgências. O médico que atua em situação de emergência, com recursos limitados e sob pressão de tempo, tem seu padrão de cuidado exigível ajustado às circunstâncias concretas. A lex artis ad hoc não exige a conduta tecnicamente perfeita em condições ideais; exige a conduta adequada para a situação real. A demonstração de que o profissional atuou da melhor forma possível dentro das condições disponíveis é argumento de grande força em processos envolvendo atendimentos de urgência e emergência.

13.7 A Resposta à Denúncia e o Rito Processual Penal

Recebida a denúncia pelo juízo criminal, o médico é citado para apresentar resposta à acusação no prazo de 10 dias (art. 396-A do CPP). Essa peça processual é de enorme importância estratégica: é a primeira oportunidade formal de apresentar a versão defensiva, arguir preliminares, requerer a absolvição sumária quando evidente a ausência de tipicidade ou de culpa, indicar testemunhas e requerer a produção de provas.

A resposta à acusação deve articular, de forma estruturada: preliminares processuais (incompetência, inépcia da denúncia, nulidades); argumentação de mérito técnica (ausência de culpa, ausência de nexo causal, presença de excludentes); requerimento de provas (perícia especializada, oitiva de testemunhas técnicas, juntada de documentação); e requerimento de absolvição sumária quando cabível (art. 397 do CPP). A qualidade técnica e jurídica dessa peça pode determinar, inclusive, o trancamento da ação penal na origem quando demonstrada, de plano, a atipicidade da conduta ou a ausência manifesta de elementos que justifiquem a continuidade da persecução.

13.8 A Prova Pericial na Instrução Criminal: Quesitos Estratégicos e Parecer da Defesa

Na fase de instrução da ação penal, a produção da prova pericial segue o rito dos arts. 159 a 184 do Código de Processo Penal. O perito oficial — ou, na falta deste, dois peritos não oficiais portadores de diploma de curso superior na área pertinente — é nomeado pelo juízo para realizar o exame e elaborar o laudo. As partes têm o direito de formular quesitos e indicar assistente técnico (art. 159, §3º, do CPP).

A formulação de quesitos estratégicos pela defesa é o instrumento mais direto de influência sobre o conteúdo do laudo pericial. Os quesitos devem ser tecnicamente calibrados para: questionar a existência ou ausência de violação da lex artis; investigar a existência de causas alternativas para o resultado adverso; explorar as condições clínicas preexistentes do paciente; verificar a adequação do protocolo adotado com as diretrizes vigentes; e identificar a natureza inerente ou evitável das complicações observadas.

O parecer técnico do assistente técnico, produzido após a entrega do laudo pericial, funciona no processo penal da mesma forma que no processo civil: pode concordar, complementar ou divergir fundamentadamente das conclusões do perito oficial. Quando bem fundamentado em literatura científica e em análise dos dados clínicos do caso, pode levar o magistrado a requisitar esclarecimentos ao perito, determinar nova perícia ou adotar as conclusões do parecer como base para sua decisão. A indicação de assistente técnico na área de especialidade do médico réu — e não apenas em medicina legal genérica — é recomendação essencial, pelo mesmo fundamento analisado nos capítulos anteriores.

13.9 Perdão Judicial e Alternativas à Pena Privativa de Liberdade

O Código Penal, em seu art. 121, §5º, prevê o perdão judicial no homicídio culposo quando as consequências da infração atingirem o próprio agente de forma tão grave que a sanção penal se torne desnecessária (BRASIL, 1940). Embora rara na prática médica, essa hipótese pode ser aventada quando o médico sofreu impacto emocional e profissional devastador em razão do desfecho adverso, tornando a pena uma sanção desnecessária e desproporcional.

Nos casos em que a pena é aplicada, a substituição da pena privativa de liberdade por penas restritivas de direitos é a regra nos crimes culposos de menor potencial ofensivo, desde que preenchidos os requisitos do art. 44 do CP (pena não superior a 4 anos, não reincidência, circunstâncias que recomendem a substituição). Nos crimes de menor potencial ofensivo — como a lesão corporal culposa — , aplica-se o rito da Lei n.º 9.099/1995, com possibilidade de transação penal e suspensão condicional do processo, instrumentos que podem ser estrategicamente utilizados para encerrar a persecução penal sem condenação.

13.10 A Absolvição Penal e Seus Efeitos nas Demais Esferas

Um aspecto estratégico de fundamental importância é a análise dos efeitos da absolvição penal nas demais esferas de responsabilização. A sentença penal absolutória somente influi na ação civil e no processo ético quando tiver por fundamento o reconhecimento de que o fato imputado não existiu ou que o acusado não foi seu autor (art. 935 do CC; CPEP, art. 7º, §2º). Nos demais casos de absolvição — por insuficiência de provas, por ausência de culpabilidade, por excludentes de ilicitude — , a ação civil e o processo ético prosseguem de forma autônoma.

Essa limitação reforça a necessidade de uma estratégia integrada de defesa nas três esferas — civil, penal e ética — , com coordenação entre os advogados e o assistente técnico para evitar que argumentos usados em uma esfera gerem consequências adversas nas demais. A confissão de determinada conduta em um depoimento penal pode, por exemplo, ser usada como elemento probatório na ação civil; a apresentação de documentos no PEP pode revelar estratégias defensivas que beneficiam ou prejudicam a defesa civil. Essa dimensão integrativa é o objeto específico do Capítulo 14 desta obra.

13.11 A Prescrição na Esfera Penal Médica: Prazos, Modalidades e a Verificação pelo Advogado

13.12.1 O Regime da Prescrição Penal: Art. 109 do Código Penal

A prescrição no âmbito penal é regida pelos arts. 107 a 119 do Código Penal e possui lógica fundamentalmente distinta da prescrição civil ou ética: no campo criminal, o prazo é calculado com base na pena máxima abstratamente cominada ao crime e não sobre o tempo decorrido desde o fato em si. O art. 109 do Código Penal estabelece a tabela prescricional pela pena máxima em abstrato, prevendo: vinte anos para crimes com pena superior a doze anos; dezesseis anos entre oito e doze anos; doze anos entre quatro e oito anos; oito anos entre dois e quatro anos; quatro anos para pena de um a dois anos; e três anos para pena inferior a um ano. O domínio dessa tabela é condição indispensável para o advogado que atua na defesa penal do médico, pois os crimes médicos mais frequentes têm penas que geram prazos prescricionais relativamente curtos.

Os crimes culposos de maior incidência na prática médica têm os seguintes regimes prescricionais: o homicídio culposo simples (art. 121, § 3.º, do CP), cuja pena

máxima é de três anos de detenção, prescreve em oito anos pela tabela do art. 109, inciso IV. Contudo, quando incidem as causas de aumento do § 4.º do mesmo artigo — especialmente a inobservância de regra técnica de profissão —, a pena máxima pode alcançar quatro anos, hipótese que desloca o prazo para doze anos, nos termos do art. 109, inciso III. Essa distinção é tecnicamente relevante: o médico denunciado por homicídio culposo simples, se o fato ocorreu há mais de oito anos sem qualquer marco interruptivo, pode ter sua punibilidade extinta pela prescrição; se, porém, o Ministério Público imputa a causa de aumento, o prazo de doze anos pode ainda estar em curso.

A lesão corporal culposa (art. 129, § 6.º, do CP), com pena máxima de um ano, prescreve em quatro anos (art. 109, inciso V). A omissão de socorro simples (art. 135, caput, do CP), com pena de até seis meses de detenção, prescreve em apenas três anos (art. 109, inciso VI). Esses prazos relativamente curtos fazem da verificação prescricional uma prioridade ainda maior nos processos penais envolvendo médicos do que nos casos cíveis — pois a extinção da punibilidade por prescrição encerra definitivamente a persecução penal e impede qualquer condenação criminal futura pelos mesmos fatos.

13.12.2 Modalidades de Prescrição Penal: Pretensão Punitiva e Executória

O direito penal brasileiro distingue duas modalidades fundamentais de prescrição: a da pretensão punitiva, que ocorre antes do trânsito em julgado da sentença condenatória, e a da pretensão executória, que ocorre após esse trânsito em julgado quando o Estado não consegue executar a pena no prazo legal. Na prescrição da pretensão punitiva, o prazo é calculado pela pena máxima em abstrato (art. 109) e o termo inicial é, em regra, a data do crime (art. 111, inciso I). Na prescrição da pretensão executória, o prazo é regulado pela pena concretamente aplicada na sentença, não mais pela pena máxima em abstrato — o que pode gerar prazos significativamente menores quando a pena aplicada é inferior à máxima prevista para o tipo.

Para o advogado que atua na defesa do médico, a prescrição da pretensão punitiva retroativa (calculada com base na pena concretamente aplicada, retroagindo para o período anterior à sentença) foi uma modalidade de grande relevância prática até 2010, quando a Lei n.º 12.234/2010 a aboliu para o período entre o crime e o

recebimento da denúncia. Após essa reforma, a verificação retrospectiva da prescrição só é possível para o período entre o recebimento da denúncia e a sentença condenatória. Isso não elimina a prescrição como argumento defensivo — apenas desloca a análise para o período posterior à denúncia, no qual o Ministério Público deve demonstrar diligência na instrução.

13.12.3 Causas de Interrupção e o Papel Estratégico do Advogado

O art. 117 do Código Penal enumera as causas que interrompem o prazo prescricional: o recebimento da denúncia ou queixa; a pronúncia; a decisão confirmatória da pronúncia; a publicação da sentença ou acórdão condenatório recorríveis; o início ou continuação do cumprimento da pena; e a reincidência. Cada uma dessas causas faz com que o prazo prescricional recomece a fluir do zero — o que pode prolongar significativamente o período durante o qual o Estado mantém o poder punitivo. A verificação dos marcos interruptivos é, portanto, passo indispensável da análise prescricional: o advogado deve reconstituir toda a linha do tempo processual para identificar se os marcos ocorreram regularmente, se houve nulidades que podem comprometer sua eficácia interruptiva, e se entre dois marcos consecutivos decorreu o prazo prescricional.

O art. 115 do Código Penal prevê redução pela metade dos prazos prescricionais quando o agente era menor de 21 anos ao tempo do crime ou maior de 70 anos na data da sentença. Essa regra, embora raramente aplicável a médicos, deve ser verificada em casos de profissionais jovens envolvidos em eventos ocorridos nos primeiros anos de exercício profissional. Há também as hipóteses de suspensão do art. 116 do CP, cuja análise deve considerar as particularidades do caso concreto.

Na perspectiva da defesa, a arguição da extinção da punibilidade por prescrição no processo penal deve ser realizada com precisão técnica e oportunidade processual adequada. Antes do oferecimento da denúncia, pode ser formulada diretamente ao Ministério Público ou à autoridade policial. Após o recebimento da denúncia e até o julgamento, pode ser arguida a qualquer momento, inclusive nas razões recursais. O reconhecimento da prescrição penal extingue a punibilidade (art. 107, inciso IV, do CP) e impede, definitivamente, qualquer nova ação penal pelos mesmos fatos. Para o médico, além do óbvio benefício criminal, a extinção da punibilidade penal por prescrição tem o efeito prático de eliminar a possibilidade de o título executivo penal

condenatório ser utilizado na esfera civil para facilitar a prova da responsabilidade, preservando a autonomia da defesa civil.

13.12 Conclusão: O Ônus da Prova da Acusação como Fundamento da Defesa Penal

Em conclusão, a defesa penal do médico repousa sobre uma premissa constitucional inabalável: o ônus de provar a culpa, de forma robusta, acima de qualquer dúvida razoável, é da acusação — e não do médico. O acusado não precisa provar sua inocência; precisa, com apoio técnico especializado, demonstrar que a prova apresentada pela acusação não é suficiente para excluir dúvidas razoáveis sobre a ocorrência do crime, sobre a modalidade de culpa, sobre o nexo causal ou sobre a identidade entre a conduta e o resultado.

A prova pericial técnica especializada é o instrumento mais eficaz para instalar essa dúvida razoável, pois é capaz de demonstrar, com fundamento científico, que o resultado adverso era clinicamente possível mesmo diante de conduta inteiramente adequada. Como proclamou a doutrina e a jurisprudência: a responsabilidade penal exige prova segura, e na dúvida, o sistema penal brasileiro impõe a absolvição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Código de Processo Penal (Decreto-Lei n.º 3.689, de 3 de outubro de 1941). Brasília: Presidência da República, 1941. Arts. 14, 155, 158, 159, 167, 386, VII, 396-A e 397.

BRASIL. Código Penal (Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940). Brasília: Presidência da República, 1940. Arts. 18, II; 44; 121, §§3º, 4º e 5º; 129, §6º; 135.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988. Arts. 5º, LVII e LXIII.

CAPEZ, Fernando. Curso de Direito Penal: parte geral. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. v. 1.

CHATADV. Homicídio culposo: elementos jurídicos essenciais e defesa. Jan. 2026. Disponível em: <https://chatadv.com.br/blog/direito/homicidio-culposo-elementos-juridicos-essenciais-defesa/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

CONTEÚDO JURÍDICO. Responsabilidade penal do profissional da saúde: tipo de injusto imprudente e a lex artis. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/41719>. Acesso em: 12 abr. 2026.

CONJUR — CONSULTOR JURÍDICO. Prontuário médico não substitui exame de corpo de delito, diz STJ. Mai. 2025. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2025-mai-28/prontuario-médico-nao-substitui-exame-de-corpo-de-delito-diz-stj/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

JUSBRASIL. Responsabilidade criminal em erro médico. Jun. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/responsabilidade-criminal-em-erro-médico/883335559>. Acesso em: 12 abr. 2026.

LEGALE EDUCACIONAL. Responsabilidade penal no exercício da medicina: aspectos jurídicos. Jan. 2025. Disponível em: <https://legale.com.br/blog/responsabilidade-penal-no-exercicio-da-medicina-aspectos-juridicos/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MASCARELLO, Jéssica; BERTOGLIO, Camila. Responsabilidade penal do médico em caso de negligência médica. Revista FT, 2019. Disponível em: <https://revistaft.com.br/responsabilidade-penal-do-médico-em-caso-de-negligência-medica/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MASSON, Cleber. Direito Penal: parte geral. 16. ed. Rio de Janeiro: Método, 2022.

MIGALHAS. O princípio in dubio pro reo e a valoração do standard da prova acima da dúvida razoável. Out. 2022. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/375851/o-principio-in-dubio-pro-reo>. Acesso em: 12 abr. 2026.

REVISTAFT. A responsabilidade civil por erro médico e suas implicações penais. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-responsabilidade-civil-por-erro-médico-e-suas-implicacoes-penais/>. Acesso em: 12 abr. 2026.

ROXIN, Claus. Derecho penal: parte general. Tradução de Diego-Manuel Luzón Peña et al. Madrid: Civitas, 1997. t. 1.

STJ — SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. REsp n.º 1.621.950/SP. Homicídio culposo por erro médico. Exame de corpo de delito. Obrigatoriedade. Cerceamento de defesa.

STF — SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Súmula Vinculante n.º 14. É direito do defensor, no interesse do representado, ter acesso amplo aos elementos de prova que, já documentados em procedimento investigatório realizado por órgão com competência de polícia judiciária, digam respeito ao exercício do direito de defesa.

TRILHANTE. Exame de Corpo de Delito. Disponível em: <https://trilhante.com.br/curso/processo-penal/aula/exame-de-corpo-de-delito-1>. Acesso em: 12 abr. 2026.

CAPÍTULO 14
INTERFACES ENTRE AS ESFERAS CIVIL, PENAL E ÉTICA NA RESPONSABILIDADE MÉDICA

Independência e comunicabilidade das instâncias, efeitos cruzados das decisões e estratégias integradas de defesa.

14.1 Introdução: A Tridimensionalidade da Responsabilidade Médica

Um único ato médico pode produzir consequências simultâneas em três planos distintos do ordenamento jurídico: o civil, o penal e o ético-profissional. Essa tridimensionalidade é uma das características mais relevantes e, ao mesmo tempo, mais desafiadoras da responsabilidade médica no Brasil, pois impõe ao profissional e à sua defesa a necessidade de compreender não apenas cada esfera isoladamente, mas, sobretudo, as formas pelas quais elas se relacionam, se comunicam e, em determinadas situações, se vinculam mutuamente.

A distinção entre os três planos de responsabilidade parte da natureza das obrigações violadas. Se a obrigação é de índole penal, haverá responsabilidade penal, que implica punições penais como a prisão; se a obrigação é de Direito Civil, haverá responsabilidade civil, da qual decorrem obrigações de reparar o dano; se a obrigação é de natureza administrativa ou deontológica, haverá responsabilidade disciplinar, com sanções de ordem profissional. Na prática médica, uma mesma conduta — como a realização de uma cirurgia com imperícia que resulta em óbito — pode dar origem, simultaneamente, a uma ação civil de indenização proposta pela família do paciente, a um inquérito policial por homicídio culposo e a um processo ético-profissional perante o Conselho Regional de Medicina.

O presente capítulo analisa cada uma dessas esferas em suas particularidades, os princípios que regem sua coexistência, os efeitos que as decisões em uma instância projetam sobre as demais e as estratégias de defesa que o profissional deve adotar diante de litígios de natureza simultânea ou sucessiva.

14.2 A Responsabilidade Civil Médica: Reparação do Dano

A responsabilidade civil tem como finalidade precípua a reparação do dano sofrido pela vítima, em consonância com o princípio geral previsto nos arts. 186 e 927 do Código Civil (BRASIL, 2002). No campo médico, a regra é a responsabilidade

subjetiva, exigindo a comprovação de conduta culposa — imperícia, imprudência ou negligência — , dano e nexo causal entre a conduta e o resultado danoso (CAVALIERI FILHO, 2022).

A relação entre médico e paciente é também regulada pelo Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990), cujo art. 14, § 4º, confirma a natureza subjetiva da responsabilidade dos profissionais liberais. Contudo, como analisado em profundidade no capítulo anterior, a jurisprudência do STJ construiu regime diferenciado para as cirurgias estéticas, atribuindo-lhes natureza de obrigação de resultado com presunção de culpa e inversão do ônus da prova.

Nas demais especialidades médicas, mantém-se a obrigação de meio: ao profissional incumbe empenhar todos os recursos técnicos disponíveis em prol do paciente, sem que se lhe exija a garantia de cura. A sanção típica da esfera civil é a condenação ao pagamento de indenização por danos materiais — lucros cessantes e danos emergentes — , morais e, conforme o caso, estéticos, podendo ainda incidir danos à vida de relação e dano existencial, categorias que a jurisprudência brasileira tem progressivamente reconhecido (DINIZ, 2020).

14.3 A Responsabilidade Penal Médica: Culpa, Tipicidade e Limites

A responsabilidade penal do médico distingue-se fundamentalmente da civil por sua natureza punitiva e pelo rigor das garantias processuais exigidas para a sua configuração. No campo penal, a simples ocorrência de um resultado danoso não é suficiente para a responsabilização; exige-se, além da conduta culposa ou dolosa, a tipicidade da conduta, a ilicitude e a culpabilidade do agente (BRASIL, 1940 — Código Penal).

Os danos causados pelo erro médico podem levar à responsabilidade penal do profissional, que em muitos casos responde por crimes culposos, tais como o homicídio e a lesão corporal, com fundamento no art. 18, II, do Código Penal Brasileiro, segundo o qual o crime é culposo quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

Os tipos penais mais frequentes que tipificam uma conduta médica contaminada pela imprudência, imperícia ou negligência incluem: homicídio culposo (art. 121, § 3º, CP); lesão corporal culposa (art. 129, § 6º, CP); omissão de socorro (art. 135, CP) e violação de segredo profissional (art. 154, CP). Registre-se que o art.

121, § 4º, do Código Penal prevê causa de aumento de pena de um terço quando o homicídio culposo resulta de inobservância de regra técnica de profissão, o que é de especial relevância para a prática médica.

Além da modalidade culposa, é possível que o profissional da saúde responda por homicídio doloso, em especial na forma de dolo eventual, quando assume o risco de causar a morte do paciente sem desejar diretamente o resultado. Outra tipificação penal relevante é a lesão corporal dolosa, ainda que mais incomum, mas juridicamente possível nos casos em que o profissional realiza práticas danosas com intenção ou consciência do risco, como cirurgias experimentais sem consentimento ou procedimentos invasivos desnecessários.

É de suma importância ressaltar que a criminalização do erro médico não se opera de forma automática. A responsabilidade penal do médico depende, em regra, de conduta médica culposa — negligência, imprudência ou imperícia — , de nexo causal entre essa conduta e o resultado, e de tipificação no Código Penal; a simples existência de erro médico, de danos ou de um mau resultado não significa automaticamente crime, sendo indispensável análise cuidadosa do fato, do prontuário, das condições da unidade de saúde e da participação de cada profissional envolvido. A prova pericial é instrumento indispensável no processo penal por erro médico, e sua ausência pode configurar cerceamento de defesa, conforme entendeu o STJ ao anular condenação imposta sem laudo pericial nos autos do AgRg nos EDcl no REsp nº 1.661.283/PA (STJ, 2017).

14.4 A Responsabilidade Ético-Profissional: O Processo Perante os Conselhos de Medicina

A responsabilidade ético-profissional é apurada no âmbito dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) e, em instância recursal, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com fundamento no Código de Ética Médica — atualmente regulado pela Resolução CFM nº 2.217/2018 — e no Código de Processo Ético-Profissional (CPEP), normatizado pela Resolução CFM nº 2.145/2016 (CFM, 2016; CFM, 2018).

O processo ético-profissional tramita de forma semelhante à justiça comum, com acusação, defesa, provas, testemunhas e julgamento; qualquer cidadão tem o direito de procurar o CRM para prestar sua queixa, instaurando-se sindicância para averiguar a procedência da reclamação, com decisão fundamentada sobre o

arquivamento ou a abertura de Processo Ético-Profissional, sempre de maneira colegiada.

De acordo com o art. 22 do CPEP, o CRM pode aplicar ao médico infrator as seguintes sanções: advertência confidencial em aviso reservado; censura confidencial em aviso reservado; censura pública em publicação oficial; suspensão do exercício profissional por até 30 dias; e cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal de Medicina.

A cassação representa a penalidade máxima. Trata-se da perda definitiva do direito de exercer a medicina, com a exclusão do profissional dos quadros do Conselho, impedindo-o de atuar em qualquer parte do território nacional; a decisão de cassação, embora proferida pelo CRM, é submetida à homologação do CFM, daí a expressão ad referendum. As consequências da cassação extrapolam o campo deontológico: exercer a medicina sem CRM ativo é considerado exercício ilegal da profissão, o que é crime no Brasil, podendo o profissional que insiste em atender ser denunciado ao Ministério Público, responder por crime previsto no Código Penal e até ser preso.

14.5 O Princípio da Independência das Instâncias e Seus Fundamentos

O princípio basilar que rege a coexistência das três esferas de responsabilidade é o da independência das instâncias, segundo o qual uma mesma conduta médica pode ser apreciada simultaneamente pelos juízos civil, penal e pelo Conselho de Medicina, sem que a decisão em uma esfera vincule necessariamente as demais. Em regra, essas instâncias funcionam de forma independente e podem adotar decisões distintas, sem que a eventual condenação em mais de uma delas configure indevida punição pelo mesmo fato, o chamado princípio do non bis in idem.

No plano normativo, esse princípio encontra expressão nos arts. 935 e 186 do Código Civil (BRASIL, 2002) e no art. 63 do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941). No âmbito ético-profissional, o Código de Processo Ético-Profissional é explícito: o processo e julgamento das infrações às disposições previstas no Código de Ética Médica são independentes, não estando, em regra, vinculados ao processo e julgamento da questão criminal ou cível sobre os mesmos fatos, sendo a responsabilidade ético-profissional independente das esferas cível e criminal.

[Conselho Federal de Medicina](https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-de-processo-etico-profissional-atual/capitulo-i-do-processo-em-geral)

Essa independência tem justificativa teleológica relevante: cada instância tutela um bem jurídico distinto. A esfera penal protege a ordem pública e os bens jurídicos fundamentais como a vida e a integridade física; a esfera civil visa à reparação patrimonial do dano sofrido pela vítima; a esfera ético-profissional, por sua vez, tem por finalidade zelar pela dignidade da profissão médica e pela qualidade do atendimento prestado à sociedade (FRANÇA, 2007; KFOURI NETO, 2003).

14.6 Os Efeitos Cruzados das Decisões: Comunicabilidade e Vinculação

A independência das instâncias, contudo, não é absoluta. O ordenamento jurídico brasileiro prevê hipóteses expressas nas quais a decisão proferida em uma esfera produz efeitos vinculantes nas demais, criando pontos de comunicação que o profissional e sua defesa precisam conhecer com precisão.

14.6.1 Efeitos da Sentença Penal Condenatória na Esfera Civil

A condenação penal transitada em julgado produz efeito automático na esfera civil: nos termos do art. 91, I, do Código Penal (BRASIL, 1940) e do art. 63 do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941), transitada em julgado a sentença condenatória, o ofendido, seu representante legal ou seus herdeiros poderão promover a execução no juízo cível para o efeito da reparação do dano. Nesse caso, a sentença penal torna-se título executivo judicial, dispensando nova discussão sobre a existência do fato e a autoria, que ficam definitivamente estabelecidas.

O art. 935 do Código Civil adotou o sistema da independência entre as esferas civil e criminal, mas tal independência é relativa: uma vez reconhecida a existência do fato e da autoria no juízo criminal, essas questões não poderão mais ser analisadas pelo juízo cível.

14.6.2 Efeitos da Sentença Penal Absolutória na Esfera Civil

Os efeitos da absolvição penal na esfera civil dependem do fundamento da decisão. O sistema brasileiro distingue dois regimes:

Primeiro, quando a absolvição criminal se funda na comprovação da inexistência do fato ou na negativa de autoria, a sentença penal absolutória vincula a esfera cível, impedindo a rediscussão dessas questões no processo indenizatório, nos

termos do art. 935 do Código Civil. Nesses casos, não há possibilidade de condenação civil à reparação do dano.

Segundo, quando a absolvição decorre de insuficiência de provas, da atipicidade do fato, da inimputabilidade do réu ou de qualquer outro fundamento que não afirme categoricamente a inexistência do fato ou da autoria, remanesce o ilícito civil, sendo possível ao juízo cível condenar o médico à reparação do dano, uma vez que os requisitos da responsabilidade civil são menos rigorosos do que os da responsabilidade penal. Isso explica por que um profissional pode ser absolvido na esfera criminal e, ainda assim, condenado a indenizar a vítima na esfera civil — fenômeno que não constitui violação ao non bis in idem, mas sim expressão da diversidade de bens jurídicos tutelados por cada instância.

14.6.3 Efeitos sobre a Esfera Ético-Profissional

No âmbito do processo ético-profissional, a comunicação com a esfera penal é ainda mais restrita. A sentença penal absolutória somente influirá na apuração da infração ética quando tiver por fundamento o art. 386, incisos I (estar provada a inexistência do fato) e IV (estar provado que o réu não concorreu para a infração penal) do Código de Processo Penal. Em todos os demais casos, o processo ético-profissional prosseguirá de forma autônoma, podendo o Conselho concluir pela existência de infração deontológica mesmo diante de absolvição criminal.

Essa lógica revela uma assimetria importante: o padrão probatório do processo ético é distinto do exigido no processo penal. No juízo penal, a condenação exige prova além da dúvida razoável; no processo ético, pode bastar a demonstração de que a conduta do médico se afastou dos padrões de cuidado previstos no Código de Ética Médica, ainda que tal desvio não configure crime (CFM, 2018).

14.7 A Prescrição nas Diferentes Instâncias

A questão prescricional apresenta regimes distintos em cada esfera, o que tem relevância estratégica direta para a defesa do profissional. Na esfera civil, o prazo prescricional para a pretensão reparatória por responsabilidade médica é de três anos, nos termos do art. 206, § 3º, V, do Código Civil (BRASIL, 2002), contado a partir da data em que a vítima teve ciência inequívoca da lesão e de sua causa. Quando o fato também constituir ilícito penal, o art. 200 do Código Civil estabelece que a prescrição civil não corre enquanto não transitar em julgado a sentença penal, sendo aplicável o

art. 200 do CC nos casos em que o fato deva ser apurado no juízo criminal, de modo que a prescrição civil começa a correr apenas a partir do trânsito em julgado da sentença penal final, ainda que haja a absolvição do réu.

Na esfera penal, os prazos prescricionais são regulados pelos arts. 107 a 119 do Código Penal (BRASIL, 1940), variando conforme a pena máxima cominada ao delito. Para o homicídio culposo, cuja pena máxima é de três anos de detenção (art. 121, § 3º, CP), a prescrição da pretensão punitiva ocorre em oito anos (art. 109, IV, CP). No processo ético-profissional, o prazo prescricional é de cinco anos, nos termos do art. 1º da Lei nº 9.873/1999 e da Resolução CFM nº 2.145/2016 (CFM, 2016).

14.8 Estratégias Integradas de Defesa

A compreensão da tridimensionalidade da responsabilidade médica e dos efeitos cruzados das decisões entre instâncias é condição indispensável para a construção de uma estratégia de defesa eficaz. Algumas diretrizes práticas devem ser observadas.

A primeira delas é a prioridade estratégica da defesa penal. Dado que a condenação criminal transitada em julgado produz efeitos automáticos e vinculantes na esfera civil, a defesa penal deve ser tratada como prioritária em situações de litígio simultâneo. Uma absolvição penal com fundamento na inexistência do fato ou na negativa de autoria eliminará a pretensão indenizatória na esfera civil, ao passo que uma condenação penal facilitará substancialmente o êxito da ação reparatória.

A segunda é a gestão documental preventiva. O prontuário médico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as anotações de evolução, os registros de interconsultas e as prescrições constituem o núcleo probatório em todas as três esferas. A ausência ou irregularidade desses documentos desfavorece o médico tanto no processo cível quanto no penal e no ético-profissional. A organização rigorosa da documentação clínica não é apenas uma exigência ética e legal — é um instrumento central de defesa (MANZINI; MACHADO FILHO; CRIADO, 2020).

A terceira diretriz é a coordenação entre defesas jurídica e ético-profissional. Embora o processo ético-profissional tenha natureza administrativa e não exija, formalmente, a presença de advogado, é altamente recomendável que o médico constituía advogado especializado em Direito Médico desde a fase de sindicância no CRM. Após a queixa, o CRM inicia investigação preliminar, designando relator para

detalhar os fatos; o médico pode se defender durante essa fase, e é recomendado que tenha assistência jurídica, pois depois de colhidas as informações ambas as partes têm 15 dias pós-audiência para apresentar conclusões. As peças de defesa apresentadas no processo ético podem, eventualmente, ser utilizadas em outras instâncias, razão pela qual a coerência narrativa entre as defesas é fundamental.

A quarta diretriz é a exploração das excludentes de responsabilidade. As causas excludentes de ilicitude penal — estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal e exercício regular de um direito — têm repercussão direta nas demais esferas. A ação criminal que comprova a existência de excludente de ilicitude em favor do profissional deve ser acatada também pela instância ética, pois seria incoerente que o juízo criminal reconhecesse que uma conduta estava amparada por excludente de ilicitude e a autoridade deontológica não acatasse tal conclusão.

Por fim, a quinta diretriz é a valorização da prova pericial. Em todas as três esferas, a perícia médica é o elemento probatório de maior peso. No processo penal, a ausência de laudo pericial em delito que deixa vestígios pode configurar nulidade absoluta (art. 158, CPP). No processo civil, o laudo do perito judicial é o instrumento que permite ao julgador compreender se houve desvio do padrão de cuidado exigível. No processo ético, a análise técnica da conduta orienta a decisão do Conselho. O investimento na produção de assistência técnica qualificada — isto é, na contratação de perito assistente para acompanhar as perícias em todas as frentes — é uma das medidas de defesa de maior retorno estratégico (KFOURI NETO, 2003).

14.9 Conclusão

A responsabilidade médica não se esgota em nenhuma de suas três dimensões isoladamente. Civil, penal e ética, cada esfera tutela valores distintos e opera segundo lógicas próprias, mas todas se entrelaçam em torno da mesma conduta e do mesmo profissional. A independência das instâncias é o ponto de partida, mas é a compreensão de suas exceções e de seus pontos de comunicação que define, na prática, o resultado dos litígios.

Para o médico, a consequência dessa tridimensionalidade é clara: o rigor técnico no exercício da profissão deve ser acompanhado de igual rigor documental, deontológico e comunicacional. A prevenção dos litígios passa, em larga medida, pela adoção de condutas que sejam simultaneamente corretas sob o ponto de vista clínico,

juridicamente documentadas e eticamente irrepreensíveis. Quando, apesar de todas as cautelas, o litígio vier a ocorrer, a defesa integrada — que considere os efeitos cruzados entre as instâncias e coordene as estratégias processuais em cada uma delas — será o instrumento mais eficaz para a proteção dos legítimos interesses do profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1940.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1941.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.873, de 23 de novembro de 1999. Estabelece prazo de prescrição para o exercício de ação punitiva pela Administração Pública Federal. Brasília: Diário Oficial da União, 1999.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.145, de 22 de julho de 2016. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional. Brasília: CFM, 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: abr. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: abr. 2026.

DINIZ, Maria Helena. Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 2020. v. 7.

FRANÇA, Genival Veloso de. Direito Médico. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade civil do médico. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MANZINI, Merlei Cristina; MACHADO FILHO, Carlos D'Apparecida Santos; CRIADO, Paulo Ricardo. Termo de consentimento informado: impacto na decisão judicial. Revista Bioética, Brasília, v. 28, n. 3, p. 490 — 499, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/9wxncx9XvSDK6zqWsyj5VHH/>. Acesso em: abr. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Agravo Regimental nos Embargos de Declaração no Recurso Especial nº 1.661.283/PA. (Responsabilidade penal médica — necessidade de prova pericial). Brasília: STJ, 2017.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.180.237/MT. Relator: Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. Julgado em 19 jun. 2012. (Efeitos civis da sentença penal — art. 935 do CC).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Um fato, diversas consequências: a independência e as implicações entre as esferas civil, penal e administrativa. Brasília: STJ, 18 fev. 2024. Disponível em: <https://www.stj.jus.br>. Acesso em: abr. 2026.

CAPÍTULO 15
RESPONSABILIDADE MÉDICA EM CIRURGIAS ESTÉTICAS

15.1 Introdução e Distinções Conceituais

A responsabilidade médica nas cirurgias estéticas apresenta particularidades relevantes quando comparada às demais áreas da prática médica, sobretudo em razão da natureza do procedimento e das expectativas envolvidas. Diferentemente das intervenções terapêuticas ou reparadoras, nas quais o objetivo principal é a cura ou a melhora de uma condição patológica, a cirurgia estética tem como finalidade primordial o aprimoramento da aparência física, frequentemente em pacientes hígidos do ponto de vista orgânico. Essa circunstância desloca o eixo da análise jurídica para aspectos mais sensíveis, como a expectativa de resultado, o dever de informação e a própria natureza da obrigação assumida pelo profissional (CAVALIERI FILHO, 2022).

Tradicionalmente, a doutrina distingue as cirurgias plásticas em reconstrutivas e estéticas. As primeiras possuem caráter terapêutico, voltadas à correção de deformidades congênitas ou adquiridas, enquanto as segundas visam ao embelezamento e à melhoria da aparência. Essa distinção, embora didática, possui relevante repercussão jurídica, especialmente na definição da natureza da obrigação médica e na distribuição do ônus da prova.

Registre-se que, em cirurgias de natureza mista — estética e reparadora, como na redução de mama — , o Superior Tribunal de Justiça estabeleceu que a responsabilidade deve ser analisada de forma fracionada, sendo de resultado quanto à parcela estética da intervenção e de meio quanto à parcela reparadora (STJ, REsp 1.097.955/MG, Rel. Min. Nancy Andrighi, 3ª Turma, j. 27/09/2011).

15.2 Natureza Jurídica da Obrigação Médica: Meio versus Resultado

No campo da responsabilidade civil, a regra geral aplicável à atividade médica é a responsabilidade subjetiva, baseada na verificação de culpa, nos termos dos arts. 186 e 927 do Código Civil brasileiro (BRASIL, 2002). Isso significa que, para que haja dever de indenizar, é necessária a comprovação de conduta culposa — imperícia, imprudência ou negligência — , dano e nexo causal. Contudo, nas cirurgias estéticas, a jurisprudência brasileira, especialmente do Superior Tribunal de Justiça, construiu entendimento diferenciado, atribuindo a essas intervenções a natureza de obrigação

de resultado. O fundamento normativo específico reside no art. 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990), que estabelece ser subjetiva a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais — disposição que, entretanto, não obsta a presunção de culpa construída jurisprudencialmente para esse segmento.

Segundo esse entendimento, o cirurgião plástico, ao realizar procedimento estético eletivo, assume o compromisso de alcançar determinado resultado previamente esperado e ajustado com o paciente. O STJ consolidou que, nos contratos de prestação de serviços médicos voltados à cirurgia estética, é de responsabilidade do profissional o resultado operatório, uma vez que, em tal modalidade de ajuste, o médico assume obrigação de resultado, e não apenas de meio (STJ, REsp 1.731.316/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 05/05/2020). Assim, não basta demonstrar que a técnica utilizada foi adequada; caso o resultado seja considerado insatisfatório sob critérios objetivos, presume-se a culpa do profissional, invertendo-se, na prática, o ônus da prova. Caberá ao médico demonstrar que o insucesso decorreu de fatores alheios à sua atuação, como caso fortuito, força maior ou características individuais imprevisíveis do paciente (GONÇALVES, 2012).

Esse posicionamento jurisprudencial, embora amplamente adotado, não é isento de críticas. Parte da doutrina sustenta que a medicina, mesmo no campo estético, permanece sujeita às limitações biológicas do organismo humano, sendo impossível garantir resultados absolutos. Nesse sentido, argumenta-se que a cirurgia estética poderia ser enquadrada como obrigação de meio qualificada, com o reconhecimento de que o que distingue a cirurgia plástica estética das demais intervenções está no recrudescimento dos deveres de informação, que deve ser exaustiva, e do consentimento, claramente manifestado, esclarecido e determinado — tese que, contudo, não prevalece na jurisprudência nacional. Em uma formulação intermediária, parte dos autores cogita de uma obrigação de “quase resultado”, na qual se exige do médico um elevado padrão de diligência, mas não a garantia de um resultado perfeito (KFOURI NETO, 2003).

15.3 O Dever de Informação e o Consentimento Livre e Esclarecido

Independentemente da corrente adotada quanto à natureza da obrigação, é inegável que o grau de exigência imposto ao cirurgião plástico é significativamente superior ao de outras especialidades médicas. Isso decorre, sobretudo, do caráter

eletivo do procedimento, da ausência de urgência terapêutica e da expectativa legítima do paciente em relação ao resultado estético. Nesse contexto, o dever de informação assume papel central. O médico deve esclarecer de forma minuciosa e compreensível os riscos do procedimento, as limitações técnicas, a variabilidade dos resultados e a possibilidade de insucesso, ainda que a técnica seja corretamente empregada (CAVALIERI FILHO, 2022). Deve-se considerar que, diante da elevada expectativa de resultado com a realização de cirurgias estéticas, o paciente deverá receber informações adequadas que auxiliem em sua decisão de se submeter ou não ao procedimento; se o médico promete um resultado, ele se obriga a obtê-lo, e a ausência de informação pode constituir dano moral por negligência, pois, se informado, o paciente poderia optar por não correr os riscos (MANZINI; MACHADO FILHO; CRIADO, 2020).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nesse cenário, ganha relevância ampliada. Não se trata apenas de documento formal, mas de instrumento essencial para demonstrar que o paciente foi devidamente informado e que suas expectativas foram alinhadas à realidade médica. A jurisprudência recente caminha no sentido de que o simples fato de o termo de consentimento alertar sobre a possibilidade de um resultado adverso, como cicatrizes e assimetrias, não significa que o paciente concorde com um mau resultado. A ausência ou inadequação desse consentimento pode, por si só, caracterizar falha na prestação do serviço, independentemente da qualidade técnica do ato cirúrgico, agravando a responsabilidade do médico e tornando devida a reparação do dano estético (MANZINI; MACHADO FILHO; CRIADO, 2020).

Vale notar ainda que o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM nº 1.703/2003, fixa os critérios para publicidade médica e proíbe ao profissional prometer resultados ou garantias de sucesso dos tratamentos, reforçando a proteção do paciente contra falsas promessas e expectativas irreais.

15.4 A Presunção de Culpa e a Inversão do Ônus da Prova

A jurisprudência brasileira consolidou, ao longo dos anos, um entendimento bastante específico quanto à responsabilidade médica em cirurgias estéticas, especialmente no que se refere à presunção de culpa do profissional. Esse entendimento decorre da conjugação de três elementos centrais: a natureza da

obrigação assumida pelo cirurgião, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor e a peculiaridade do resultado esperado nesse tipo de intervenção.

O ponto de partida da construção jurisprudencial é o reconhecimento de que a cirurgia estética não reparadora configura, em regra, uma obrigação de resultado, de modo que o núcleo da prestação médica não se limita ao emprego diligente da técnica, mas sim à obtenção de um resultado estético previamente esperado e ajustado com o paciente. O STJ tem adotado a obrigação de resultado para os médicos que realizam cirurgias estéticas embelezadoras malsucedidas, em razão do comprometimento do profissional em alcançar um resultado específico como forma de suprir a expectativa do paciente, sendo que o ônus de demonstrar a ausência de culpa em relação ao dano cabe ao próprio profissional (STJ, REsp 1.613.873/PR).

A partir dessa premissa, a jurisprudência evoluiu para reconhecer que, embora a responsabilidade do médico permaneça formalmente subjetiva — nos termos do art. 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor — , há uma presunção de culpa, acompanhada da inversão do ônus da prova. Em outras palavras, não se trata de responsabilidade objetiva, mas de um regime híbrido, no qual o paciente não precisa demonstrar, de início, a imperícia, negligência ou imprudência do profissional. Ao contrário, caberá ao médico demonstrar que o insucesso decorreu de fatores externos, inevitáveis ou imprevisíveis (CAVALIERI FILHO, 2022).

15.5 O Paradigma do Julgamento do REsp 2.173.636/MT

Esse entendimento foi reafirmado de forma clara e recente no julgamento do Recurso Especial nº 2.173.636/MT, relatado pela Ministra Maria Isabel Gallotti, julgado em 10/12/2024, por unanimidade da 4ª Turma do STJ, no qual se assentou que, em se tratando de cirurgia plástica estética não reparadora, a responsabilidade é subjetiva, porém com presunção de culpa e inversão do ônus da prova. A relatora explicou que, para afastar a responsabilidade, é preciso provar que os danos foram causados por fatores externos e alheios à atuação do profissional, afirmando que “não há necessidade de fazer exatamente o que o paciente espera, mas precisa ser uma coisa razoável”. A decisão também destaca um ponto de extrema relevância prática: o uso da técnica adequada na cirurgia estética não é suficiente para isentar o médico de culpa nos casos em que o resultado da operação não foi aquele esperado pelo paciente.

A própria jurisprudência do STJ, contudo, tem evoluído no sentido de evitar uma aplicação automática e indiscriminada dessa presunção, estabelecendo um critério de distinção fundamental entre a mera insatisfação subjetiva do paciente e o resultado objetivamente inadequado ou desarmonioso. Em cirurgias plásticas estéticas não reparadoras, somente quando o resultado for considerado desarmonioso segundo o senso comum presume-se que o médico foi culpado, sendo obrigado a indenizar o paciente (STJ, REsp 2.173.636/MT, 2024). Esse refinamento é essencial para evitar distorções: caso contrário, qualquer frustração subjetiva poderia ensejar responsabilização automática do médico, o que seria incompatível com a variabilidade biológica e com o caráter não absoluto dos resultados estéticos. Embora a cirurgia plástica envolva obrigação de resultado, a mera insatisfação do paciente, por si só, não enseja a necessidade de reparação, conforme também assentado pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT, Acórdão 1.314.974, 5ª Turma Cível, j. 03/02/2021).

15.6 Causas Excludentes de Responsabilidade

Outro aspecto central da jurisprudência diz respeito à delimitação das causas excludentes de responsabilidade. Para afastar a presunção de culpa, o médico deve demonstrar que o resultado negativo decorreu de reação individual imprevisível do organismo do paciente, caso fortuito ou força maior, ou culpa exclusiva da vítima — como o descumprimento de orientações pós-operatórias. A jurisprudência do STJ mantém entendimento de que, nas obrigações de resultado, como nos casos de cirurgia plástica de embelezamento, cabe ao profissional demonstrar que eventuais insucessos ou efeitos danosos relacionados à cirurgia decorreram de fatores alheios à sua atuação (STJ, 2016). Na ausência dessa prova, mantém-se o nexo causal entre a conduta médica e o dano, ensejando o dever de indenizar, mesmo quando não identificada falha técnica direta.

No tocante à avaliação do resultado estético, a jurisprudência tem evoluído no sentido de afastar critérios puramente subjetivos de insatisfação do paciente, adotando parâmetros objetivos baseados no chamado “senso comum” e na análise comparativa entre o estado pré e pós-operatório; quando a aparência pós-cirurgia não apresenta melhora em relação à condição anterior, ainda que a técnica empregada tenha sido correta, surge o dever de indenizar (STJ, REsp 2.173.636/MT, 2024; TJSP,

Apelação 1002387-55.2020.8.26.0562; TJDFT, Acórdão 1.230.778). Ainda assim, a subjetividade inerente à percepção estética permanece como fator de complexidade na análise da responsabilidade.

15.7 Responsabilidade de Clínicas, Hospitais e Planos de Saúde

Além da responsabilidade do cirurgião, deve-se considerar também a eventual responsabilidade de clínicas e hospitais, bem como de planos de saúde, quando envolvidos na prestação do serviço. Esses entes podem responder solidariamente em determinadas situações, especialmente quando há falhas estruturais, defeitos na prestação do serviço ou inadequação das condições de atendimento. A responsabilidade das pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde, nesses casos, é objetiva, por força do art. 14, caput, do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990), distinguindo-se do regime subjetivo aplicável ao profissional liberal (NUNES, 2013). Essa distinção é de suma relevância prática, pois implica que, enquanto o cirurgião responde mediante demonstração de culpa — ainda que presumida — , a clínica ou o hospital podem ser responsabilizados independentemente de qualquer comprovação de conduta culposa, bastando a demonstração do dano e do nexo causal com a prestação do serviço.

15.8 Dimensão Ética e Deontológica

Na esfera ético-profissional, a análise da conduta médica em cirurgias estéticas segue os mesmos princípios gerais da ética médica, com ênfase na autonomia do paciente, na beneficência, na não maleficência e na justiça. A realização de procedimentos desnecessários, a criação de expectativas irreais ou a omissão de riscos relevantes podem configurar infrações éticas, independentemente da ocorrência de dano material (FRANÇA, 2007). Nesse contexto, o Código de Ética Médica reafirma que se impõe ao profissional informar o paciente sobre diagnóstico, tratamentos, alternativas, riscos e complicações dos procedimentos, garantindo-lhe o direito de decidir conscientemente sobre se os realizará. A dimensão ética da conduta médica, portanto, não se esgota na conformidade técnica do ato cirúrgico, projetando-se sobre toda a relação médico-paciente, desde a consulta pré-operatória até o acompanhamento pós-operatório.

15.9 Conclusão

A responsabilidade médica em cirurgias estéticas caracteriza-se por um regime jurídico mais rigoroso, marcado pela valorização do resultado, pela intensificação do dever de informação e pela inversão prática do ônus da prova. Trata-se de área em que a interface entre Medicina e Direito se torna particularmente sensível, exigindo do profissional não apenas excelência técnica, mas também rigor documental, transparência na relação com o paciente e atuação pautada nos mais elevados padrões éticos.

Em síntese, a presunção de culpa nas cirurgias estéticas não representa uma responsabilidade objetiva disfarçada, mas sim um mecanismo processual de facilitação probatória, que impõe ao médico o dever de demonstrar que o insucesso não decorreu de sua atuação — sobretudo quando o resultado se mostra objetivamente insatisfatório à luz do senso comum. O equilíbrio que a jurisprudência busca construir situa-se entre dois polos: de um lado, a proteção efetiva do paciente diante da expectativa legítima de resultado; de outro, a necessidade de evitar a responsabilização automática do profissional em um campo sujeito a variáveis biológicas inerentemente imprevisíveis.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990. (Código de Defesa do Consumidor).

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.703, de 7 de agosto de 2003. Dispõe sobre a publicidade em medicina. Brasília: CFM, 2003. Disponível em: <https://www.cfm.org.br>. Acesso em: abr. 2026.

FRANÇA, Genival Veloso de. Direito Médico. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito civil brasileiro: volume 4: responsabilidade civil. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade civil do médico. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MANZINI, Merlei Cristina; MACHADO FILHO, Carlos D'Apparecida Santos; CRIADO, Paulo Ricardo. Termo de consentimento informado: impacto na decisão judicial. Revista Bioética, Brasília, v. 28, n. 3, p. 490 — 499, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/9wxncx9XvSDK6zqWsyj5VHH/>. Acesso em: abr. 2026.

NUNES, Rizzatto. Curso de direito do consumidor. 8. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.097.955/MG. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. 3ª Turma. Julgado em 27 set. 2011. DJe: out. 2011. (Cirurgia mista — responsabilidade fracionada).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.613.873/PR. 4ª Turma. (Obrigação de resultado e inversão do ônus da prova em cirurgia estética).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.731.316/SP. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. 4ª Turma. Julgado em 5 maio 2020. DJe: maio 2020.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Notícia: Cirurgião plástico deve garantir êxito do procedimento estético. Brasília: STJ, 13 jan. 2016. Disponível em: <https://www.stj.jus.br>. Acesso em: abr. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 2.173.636/MT. Relatora: Ministra Maria Isabel Gallotti. 4ª Turma. Julgado em 10 dez. 2024. DJEN: 18 dez. 2024. (Presunção de culpa — resultado desarmonioso — senso comum).

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Acórdão nº 1.230.778. (Obrigação de resultado interpretada conforme padrões razoáveis de expectativa do paciente e do senso comum).

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Acórdão nº 1.314.974, Processo 0711841-25.2018.8.07.0009. Relator: Desembargador Josapha Francisco dos Santos. 5ª Turma Cível. Julgado em 3 fev. 2021. DJE: 18 fev. 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO. Apelação Cível nº 1002387-55.2020.8.26.0562. (Indenização por resultado desarmonioso, ainda que a técnica utilizada tenha sido adequada).

CAPÍTULO 16
RESPONSABILIDADE CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA DA SAÚDE

Hospitais, operadoras de planos de saúde e o Estado: fundamentos, regimes jurídicos e critérios de imputação.

16.1 Introdução: A Pluralidade de Sujeitos na Relação Assistencial

A prestação de serviços de saúde no Brasil envolve, na grande maioria dos casos, uma complexa teia de relações jurídicas que transcende a díade médico-paciente. Hospitais, clínicas, laboratórios, operadoras de planos de saúde e entes estatais integram, com frequência crescente, o polo passivo das demandas indenizatórias decorrentes de falhas assistenciais. Compreender o regime de responsabilidade de cada um desses sujeitos, os fundamentos normativos que os sustentam e os critérios jurisprudenciais que os delimitam é tarefa essencial tanto para a defesa dos pacientes quanto para a proteção dos próprios profissionais e instituições.

O presente capítulo analisa três grandes grupos de pessoas jurídicas que figuram no polo passivo das ações de responsabilidade médica: os hospitais e clínicas privadas, as operadoras de planos de saúde e o Estado — quando presta serviços de saúde diretamente ou por meio de estabelecimentos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em cada caso, identificam-se os fundamentos legais, os parâmetros jurisprudenciais consolidados e as hipóteses específicas de inclusão ou exclusão da responsabilidade.

16.2 Responsabilidade Civil dos Hospitais e Clínicas Privadas

16.2.1 O Regime Jurídico Aplicável: CDC e Código Civil

A relação entre o paciente e o estabelecimento hospitalar privado configura, inequivocamente, relação de consumo, sujeita às disposições do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990). O hospital enquadra-se no conceito de fornecedor de serviços previsto no art. 3º, § 2º, do CDC, ao passo que o paciente é o consumidor destinatário final desses serviços (art. 2º do CDC). Essa qualificação tem consequências diretas sobre o regime de responsabilidade aplicável.

O art. 14, caput, do CDC estabelece que o fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos

consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços. Trata-se, portanto, de responsabilidade objetiva, fundada na teoria do risco do empreendimento: ao explorar atividade econômica de prestação de serviços de saúde, o hospital assume os riscos inerentes a essa atividade, respondendo pelos danos dela decorrentes independentemente de culpa própria. Complementarmente, os arts. 932 e 933 do Código Civil (BRASIL, 2002) estabelecem a responsabilidade do empregador ou comitente pelos atos de seus empregados, serviçais e prepostos no exercício do trabalho que lhes competir.

16.2.2 A Distinção Entre Ato Hospitalar Próprio e Ato Técnico-Médico

A jurisprudência do STJ operou uma distinção fundamental que impacta diretamente o alcance da responsabilidade objetiva hospitalar. A responsabilidade objetiva dos hospitais limita-se aos serviços relacionados ao estabelecimento empresarial propriamente dito, como internação, instalações, equipamentos e serviços auxiliares, não abrangendo os serviços técnicos-profissionais dos médicos que ali atuam, os quais ficam sob disciplina da responsabilidade civil subjetiva, por atinência a dano ocasionado por erro praticado com negligência, imprudência ou imperícia do médico no exercício de seu labor.

Assim, para fins de imputação de responsabilidade à instituição hospitalar, é necessário distinguir duas categorias de situações. Na primeira, o dano decorre de falha nos serviços próprios do nosocômio — inadequação das instalações físicas, equipamentos defeituosos, falhas na equipe de enfermagem, erros de medicação, infecção hospitalar por negligência nos protocolos de higiene, demora no atendimento de emergência. Nesses casos, a responsabilidade do hospital é objetiva e direta, independendo de qualquer discussão sobre culpa de médico. Na segunda categoria, o dano resulta de erro técnico praticado pelo médico no exercício de sua atividade profissional. Nessa hipótese, a responsabilidade do hospital é indireta e pressupõe a demonstração da culpa do médico, seguindo o regime dos arts. 932 e 933 do Código Civil. Sempre que o ato ilícito for praticado pelo médico, comprovada a culpa deste, com inversão do ônus da prova quando presentes os pressupostos do art. 6º, VIII, do CDC, a responsabilidade se estende automaticamente ao hospital.

16.2.3 O Papel do Vínculo Jurídico Entre Médico e Hospital

O elemento decisivo para a definição do alcance da responsabilidade hospitalar pelo ato médico é a natureza do vínculo jurídico entre o profissional e o estabelecimento. O hospital apenas responderá de forma direta e com responsabilidade objetiva pelo fornecimento de recursos materiais e humanos auxiliares adequados à prestação dos serviços médicos e à supervisão do paciente, hipótese em que a responsabilidade objetiva exsurge somente em decorrência de defeito no serviço prestado por profissionais da saúde vinculados de alguma forma ao hospital; e solidariamente, desde que comprovada a culpa profissional, quanto aos atos técnicos praticados de forma defeituosa pelos profissionais da saúde vinculados de alguma forma ao hospital.

Nesse sentido, a jurisprudência do STJ identificou três situações distintas quanto ao vínculo médico-hospital:

A primeira situação é a do médico integrante do corpo clínico do hospital, com vínculo empregatício ou de subordinação. Nesse caso, reconhece-se a responsabilidade solidária da instituição pelos erros técnicos do profissional, nos termos dos arts. 932, III, e 933 do Código Civil. A responsabilidade solidária significa que o paciente pode demandar tanto o médico quanto o hospital, cabendo a este ação regressiva contra aquele.

A segunda situação é a do médico que utiliza as dependências do hospital mediante mero contrato de locação de centro cirúrgico, sem qualquer vínculo de subordinação, emprego ou credenciamento. Nessa hipótese de locação de centro cirúrgico em que o hospital não presta nenhum serviço ao paciente, não se pode falar em responsabilidade do estabelecimento pelo insucesso da cirurgia, pois solidariedade não se presume, decorrendo apenas da lei ou do contrato.

A terceira situação é a do médico credenciado pelo hospital — profissional que integra o rol de conveniados disponibilizado ao paciente, embora sem vínculo empregatício formal. Nessa hipótese, quando a falha técnica é restrita ao profissional médico sem vínculo com o hospital, não cabe atribuir ao nosocômio a obrigação de indenizar, pois a responsabilidade do hospital está restrita à hipótese de falha na prestação dos serviços relacionados à sua atividade empresarial ou à demonstrada responsabilidade subjetiva do profissional que com ele tenha vínculo.

16.2.4 Excludentes de Responsabilidade Hospitalar

As excludentes de responsabilidade aplicáveis aos hospitais são as previstas no art. 14, § 3º, do CDC: a inexistência de defeito na prestação do serviço; e a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro. A culpa concorrente do paciente — como o descumprimento de orientações médicas pós-operatórias — não exclui a responsabilidade, mas pode atenuar o quantum indenizatório. Já a culpa exclusiva do médico que atua sem qualquer vínculo com o estabelecimento é reconhecida pela jurisprudência como excludente apta a afastar a responsabilidade hospitalar, configurando exatamente a situação de culpa exclusiva de terceiro prevista no art. 14, § 3º, II, do CDC (BRASIL, 1990).

16.3 Responsabilidade Civil das Operadoras de Planos de Saúde

16.3.1 O Marco Regulatório: Lei nº 9.656/1998 e CDC

A atividade das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde é regulada pela Lei nº 9.656, de 1998, e fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961, de 2000. A relação entre operadora e beneficiário é igualmente reconhecida como relação de consumo, sujeitando-se ao CDC (BRASIL, 1990). As operadoras enquadram-se no conceito de fornecedoras de serviço, e os beneficiários, como consumidores, gozam de todas as proteções do Código, incluindo a inversão do ônus da prova e a interpretação favorável ao consumidor em caso de cláusulas contratuais ambíguas.

16.3.2 Responsabilidade Solidária por Erros de Credenciados

Uma das questões mais relevantes nesse campo é a extensão da responsabilidade das operadoras pelos erros cometidos pelos médicos e hospitais que integram sua rede credenciada. O STJ consolidou entendimento no sentido de que se o contrato é fundado na prestação de serviços médicos e hospitalares próprios e/ou credenciados, no qual a operadora de plano de saúde mantém hospitais e emprega médicos ou indica um rol de conveniados, não há como afastar sua responsabilidade solidária pela má prestação do serviço, pois a operadora, na condição de fornecedora de serviço, responde perante o consumidor pelos defeitos em sua prestação, seja quando os fornece por meio de hospital próprio e médicos contratados ou por meio de médicos e hospitais credenciados.

Contudo, esse entendimento comporta uma exceção relevante. Em se tratando de contrato de livre escolha de médicos e hospitais pelo beneficiário, com previsão de reembolso pela operadora das despesas havidas em virtude das consultas e tratamentos, a responsabilidade por eventual erro médico ou hospitalar recairá sobre o profissional de saúde e/ou sobre a instituição, não havendo indicação de profissionais credenciados pela operadora. Assim, nos contratos de reembolso, em que o paciente escolhe livremente seu médico sem qualquer indicação da operadora, esta não responde solidariamente por eventuais erros técnicos.

16.3.3 Responsabilidade pela Recusa Indevida de Cobertura

Além da responsabilidade solidária pelos erros dos credenciados, as operadoras respondem de forma autônoma pelos danos causados pela recusa indevida de cobertura de procedimentos médicos. O STJ pacificou entendimento de que a recusa injustificada de plano de saúde para cobertura de procedimento médico a associado configura abuso de direito e descumprimento de norma contratual, capazes de gerar dano moral indenizável.

Mais do que isso, o dano moral na hipótese de recusa indevida é reconhecido como in re ipsa — ou seja, presume-se pela simples ocorrência da negativa ilícita, dispensando a prova de prejuízo específico. A recusa indevida da operadora de plano de saúde à cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, dá origem ao dever de reparar o dano moral in re ipsa, consistente no agravamento do estado de aflição e angústia do paciente. Essa questão está em fase de consolidação definitiva no STJ, tendo sido afetada ao rito dos recursos repetitivos no REsp nº 2.197.574/SP, com suspensão de todos os processos análogos enquanto aguarda julgamento pela Segunda Seção (STJ, 2024).

16.3.4 O Conturbado Debate sobre o Rol da ANS: Taxatividade e Taxatividade Mitigada

Uma das questões mais relevantes e dinâmicas do direito da saúde suplementar nos últimos anos diz respeito à natureza do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS — a lista de procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras. Diante do impasse entre diferentes turmas do STJ, em 8 de junho de 2022 a 2ª Seção, analisando o EREsp nº 1.886.929/SP, entendeu que a natureza do rol seria taxativa, não estando as operadoras de saúde obrigadas a cobrir tratamentos

nele não previstos; contudo, foi ressaltado que, em situações pontuais, os planos devem custear procedimentos não previstos na lista, como terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol e com comprovação de órgãos técnicos, restando firmado entendimento de taxatividade mitigada.

O Congresso Nacional reagiu com a aprovação da Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, que alterou a Lei dos Planos de Saúde para tratar o Rol da ANS como meramente exemplificativo. A decisão gerou forte reação social, diante do risco de pacientes ficarem sem acesso a terapias necessárias, e em resposta o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 14.454/2022, alterando a Lei dos Planos de Saúde para afirmar que o rol da ANS deveria ser considerado referência mínima, permitindo a cobertura de tratamentos fora da lista desde que comprovada a eficácia e preenchidos requisitos legais. A constitucionalidade dessa alteração legislativa foi questionada no STF por meio da ADI nº 7.265, que em setembro de 2025 encerrou o debate ao consagrar a tese da taxatividade mitigada com efeito vinculante, estabelecendo critérios rígidos para a concessão judicial de coberturas fora do rol (STF, ADI 7.265, Rel. Min. Luís Roberto Barroso, j. 18/09/2025).

16.4 Responsabilidade Civil do Estado em Serviços de Saúde

16.4.1 Fundamento Constitucional: art. 37, § 6º, da Constituição Federal

Quando o dano ao paciente decorre de erro médico praticado em estabelecimento público de saúde — hospital universitário, unidade básica de saúde, hospital municipal, estadual ou federal — ou por agente público no exercício de suas funções, o regime de responsabilidade aplicável não é o do CDC, mas o da responsabilidade civil extracontratual do Estado, fundada no art. 37, § 6º, da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

O § 6º do art. 37 da Constituição Federal determina que as pessoas jurídicas de direito público respondem pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros; esse artigo define, portanto, a responsabilidade civil objetiva do Estado, determinando que o ente público será responsável independentemente da comprovação de culpa ou dolo do agente público, bastando que o paciente demonstre a ação do Estado, o dano sofrido e o nexo causal — demonstrados esses requisitos, existirá o dever de indenizar, fundamentado na teoria do risco administrativo.

O art. 43 do Código Civil (BRASIL, 2002) replica essa norma ao prever que as pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que, nessa qualidade, causem danos a terceiros, ressalvado direito regressivo contra os causadores do dano, se houver culpa ou dolo por parte destes.

16.4.2 A Teoria do Risco Administrativo e Suas Excludentes

A teoria do risco administrativo, adotada pelo ordenamento constitucional brasileiro, impõe ao Estado o dever de ressarcir os danos causados no exercício da atividade administrativa, incluindo a prestação de serviços de saúde. A responsabilidade do Estado por ato comissivo de seus agentes públicos é de natureza objetiva, baseada na teoria do risco administrativo, sendo necessário para sua configuração aferir a ocorrência de conduta administrativa, o dano e o nexo causal, bem como concluir pela inexistência de causas que rompam com o nexo de causalidade, tais como a culpa exclusiva da vítima.

Diferentemente da teoria do risco integral — aplicável em situações específicas como danos nucleares — , a teoria do risco administrativo admite excludentes de responsabilidade. O Estado pode afastar o dever de indenizar demonstrando a culpa exclusiva da vítima, caso fortuito, força maior ou fato exclusivo de terceiro. A culpa concorrente do paciente atenua o valor da indenização, mas não a exclui inteiramente. Nas hipóteses de responsabilidade objetiva do ente público, para que o Estado seja exonerado, o apelante deve provar a existência de causas excludentes do nexo de causalidade — fato exclusivo da vítima, caso fortuito, força maior ou fato exclusivo de terceiros.

16.4.3 Responsabilidade Estatal por Atos Omissivos

Uma distinção fundamental operada pela jurisprudência diz respeito à natureza da conduta estatal — comissiva ou omissiva. A responsabilidade civil do Estado por atos omissivos é subjetiva, devendo ser demonstrada a culpa do agente pelo evento danoso; a falta de qualquer dos elementos da responsabilidade subjetiva — conduta omissiva, nexo causal, dano e culpa — inviabiliza a responsabilização e a consequente reparação pelos danos sofridos.

Assim, quando o dano ao paciente decorre não de uma ação danosa do agente público, mas de uma omissão no dever de agir — como a ausência de equipamentos básicos, a falta de atendimento em unidade de urgência, ou o abandono do paciente

sem tratamento — , a responsabilidade estatal passa a ser subjetiva, exigindo a demonstração de culpa do serviço ou da administração, também denominada faute du service na doutrina francesa, pela qual responde o Estado quando o serviço não funcionou, funcionou mal ou funcionou com atraso.

Registre-se, porém, que nos casos de atendimento médico, ainda que sob o regime objetivo, o Estado não deve indenizar toda situação malsucedida nos atendimentos médicos, já que nesses casos a obrigação não é de resultado satisfatório, mas de os meios utilizados serem os adequados à situação vivenciada pelo paciente. Ou seja, a responsabilidade objetiva do Estado na área da saúde não equivale à garantia de resultado — o que importa é a adequação dos meios empregados, e não o êxito terapêutico.

16.4.4 O SUS, Hospitais Conveniados e a Legitimidade Passiva

Uma questão de relevância prática diz respeito à definição do polo passivo nas ações em que o dano ocorre em hospital privado prestador de serviços ao SUS. O STJ firmou entendimento de que o Código de Defesa do Consumidor não se aplica aos serviços prestados pelo SUS, mesmo quando realizados em hospitais privados conveniados, de modo que o regime aplicável é o da responsabilidade objetiva do Estado, e não o do CDC.

Além disso, a União Federal não é parte legítima para figurar no polo passivo de ação ajuizada para ressarcimento de danos decorrentes de erro médico praticado em hospital privado credenciado pelo SUS, uma vez que a responsabilidade recai sobre o ente federativo — Município ou Estado — que firmou o convênio com o estabelecimento privado. O direito de regresso do ente público contra o hospital conveniado é assegurado quando comprovada culpa deste na prestação dos serviços, segundo os termos do contrato de credenciamento ao SUS (STJ, REsp 1.145.728/MG, Rel. Min. João Otávio de Noronha, 4ª Turma, j. 28/06/2011).

16.4.5 A Ação Regressiva do Estado Contra o Agente Causador

A regra constitucional do art. 37, § 6º, da CF e do art. 43 do Código Civil assegura ao Estado, após o pagamento da indenização ao lesado, o direito de voltar-se regressivamente contra o agente público causador do dano, desde que comprovada culpa ou dolo deste. Trata-se de consequência direta do princípio da responsabilidade pessoal do agente, que não pode ser beneficiado pelo regime

objetivo imposto ao ente público. Na prática, isso significa que o médico servidor que comete erro no exercício de suas funções pode ser acionado pelo próprio Estado após a condenação, respondendo com seu patrimônio pessoal pelo dano que causou com negligência, imprudência ou imperícia.

16.5 Quadro Comparativo dos Regimes de Responsabilidade

A compreensão das especificidades de cada regime é facilitada por sua análise comparativa. Nos hospitais privados, o regime é objetivo para defeitos no serviço hospitalar próprio (CDC, art. 14, caput), e subjetivo indireto — com inversão do ônus probatório — para erros técnicos de médicos vinculados (CC, arts. 932 e 933). Nas operadoras de planos de saúde, o regime é objetivo tanto pela negativa indevida de cobertura quanto pelos erros de seus credenciados, com responsabilidade solidária perante o beneficiário consumidor. No Estado, o regime é objetivo pela teoria do risco administrativo para condutas comissivas (CF, art. 37, § 6º), e subjetivo para condutas omissivas, sem aplicação do CDC e com direito de regresso contra o agente culposo (CAVALIERI FILHO, 2022; DINIZ, 2020).

16.6 Conclusão

A responsabilidade civil das pessoas jurídicas na área da saúde revela um campo normativo plural e tecnicamente exigente, em que convivem o regime consumerista, as normas do Código Civil e o Direito Administrativo constitucional. Hospitais, operadoras e Estado ocupam posições jurídicas distintas, com fundamentos, requisitos e excludentes próprios, cujo domínio é indispensável para a correta identificação do polo passivo nas ações de reparação e para a construção de estratégias processuais eficazes.

O traço comum a todos esses entes, contudo, é o reconhecimento de que a prestação de serviços de saúde não pode ser tratada como atividade neutra. Envolve riscos específicos, expectativas legítimas dos usuários e deveres de organização, fiscalização e controle que vão muito além da mera disponibilização de estrutura física. A responsabilidade das pessoas jurídicas é, antes de tudo, o reflexo jurídico dessa realidade: quem organiza, gerencia e lucra com a prestação de serviços de saúde deve também responder pelas falhas que esse sistema produz.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656/1998 para estabelecer critérios de cobertura pelos planos de saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2022.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

DINIZ, Maria Helena. Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 2020. v. 7.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito civil brasileiro: responsabilidade civil. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. v. 4.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade civil do médico. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP. 2ª Seção. Julgado em 8 jun. 2022. (Rol da ANS — taxatividade mitigada).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 1.145.728/MG. Relator: Ministro João Otávio de Noronha. 4ª Turma. Julgado em 28 jun. 2011. DJe: set. 2011. (Responsabilidade civil hospitalar — obrigações próprias e atos técnicos).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 2.037.616/SP. 2ª Seção. (Marco temporal da Lei nº 14.454/2022 — rol exemplificativo).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial nº 2.197.574/SP. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. (Recurso repetitivo — dano moral in re ipsa na recusa de cobertura). Afetado em 2024.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. AgRg no AREsp nº 702.266. 3ª Turma. (Dano moral in re ipsa — recusa indevida de cobertura por plano de saúde).

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. AgRg no AREsp nº 718.634. 4ª Turma. (Responsabilidade solidária — plano de saúde e credenciados).

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.265. Relator: Ministro Luís Roberto Barroso. Julgado em 18 set. 2025. (Taxatividade mitigada do Rol da ANS — Lei nº 14.454/2022 — efeito vinculante).

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Jurisprudência em Temas: Responsabilidade do hospital. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br. Acesso em: abr. 2026.

CAPÍTULO 17
SOBRE O AUTOR



Rodrigo Miziara Yunes é médico neurocirurgião e advogado, especialista em cirurgia da coluna vertebral e em advocacia da saúde, com atuação consolidada na defesa profissional médica. Graduado em Medicina e com residência médica em Neurocirurgia pela Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), possui sólida formação técnica em uma das mais renomadas instituições do país. É também bacharel em Direito pela Universidade Paulista (UNIP), campus Paraíso, o que lhe confere uma visão integrada e aprofundada entre a prática médica e o ordenamento jurídico.

Detém longa experiência na interface entre Medicina e Direito, atuando como perito judicial médico, além de vasta experiência clínica e cirúrgica no tratamento das patologias da coluna vertebral. Sua atuação alia o rigor técnico da prática médica com a compreensão estratégica dos litígios envolvendo responsabilidade profissional.

No campo acadêmico e assistencial, exerce papel ativo como preceptor e orientador de residentes em neurocirurgia em diversos hospitais do Estado de São Paulo, contribuindo para a formação de novos especialistas e para a consolidação de condutas alinhadas à lex artis. É autor de obras científicas na área médica e participa continuamente da difusão do conhecimento científico.

Como advogado, atua de forma ativa e especializada na defesa profissional do médico em todas as esferas — civil, penal e ético-profissional —, além de também se dedicar à defesa dos direitos à saúde dos pacientes. Sua prática jurídica é marcada

por uma atuação estratégica e tecnicamente fundamentada, fruto da integração entre o conhecimento jurídico e a experiência médica.

É doutrinador na área de responsabilidade médica e direito da saúde, dedicando-se ao estudo desses temas sob uma perspectiva integrada, que reúne fundamentos jurídicos sólidos e conhecimento clínico na prática, com aplicação direta na realidade forense. Sua abordagem se destaca justamente pela capacidade de transitar com precisão entre a lógica médica e a jurídica, conferindo maior consistência à atuação profissional.

Esta obra representa um verdadeiro testamento de sua trajetória de estudo, dedicação e paixão pelo Direito e pela Medicina. Configura-se como um compêndio genuíno e abrangente sobre a responsabilidade civil do médico, abordando de forma sistematizada as esferas civil, penal e ético-profissional.

Consolida, assim, sua experiência prática e acadêmica em um instrumento essencial de orientação, prevenção e defesa da atuação médica, contribuindo, uma vez mais, para a difusão do conhecimento e para a formação de futuras gerações de advogados que atuarão na área do Direito Médico e da Saúde.

CORRESPONDÊNCIA

RODRIGO MIZIARA YUNES
Rua Borges Lagoa, 1065 cj. 78 – São Paulo/SP
Telefones: (11) 3459-4915 (11) 99210-4771
e-mail: rodrigoyunes@adv.oabsp.org.br
@dryunes.advogado www.dryunes-advogado.adv.br

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Absolvição penal (efeitos nas esferas civil e ética) — 168, 172
- Ação civil ex delicto (execução de sentença penal no cível) — 178
- Ação regressiva do Estado (contra o médico servidor) — 199
- Agente público (médico no exercício de função pública) — 197, 199
- Alta hospitalar (precipitada ou orientações de saída) — 40, 120, 124
- Ampla defesa (no processo ético e contraditório técnico) — 113, 148, 173
- Anamnese (pilar da lex artis e erro de diagnóstico) — 32, 100, 118, 126
- ANS — Rol de Procedimentos (taxatividade mitigada) — 18, 196
- Apuração interna (Comissão de Ética Médica) — 61–62
- Assistente técnico (atuação estratégica e pareceres) — 102, 107–113
- Atestado médico (falsidade ideológica e normas de emissão) — 93, 117, 120
- Autonomia do paciente (autodeterminação e TCLE) — 43, 77–82, 130

B

- Blanket consent (rejeição ao consentimento genérico) — 47, 134
- Boa-fé objetiva (na relação médico-paciente e documental) — 43, 120, 130

C

- Caso fortuito (excludente de nexo causal) — 48, 128, 137–139
- Cassação do exercício profissional (penalidade máxima ética) — 151, 178
- Causa mortis (investigação em laudos necroscópicos) — 132, 199
- Causalidade adequada (teoria aplicada ao nexo causal) — 22, 51
- Cirurgia estética (obrigação de resultado e presunção de culpa) — 184–189
- Cirurgia plástica (distinção entre estética e reparadora) — 23, 56, 184
- Código Civil (fundamentos da responsabilidade civil) — 16, 20–24, 37
- Código de Defesa do Consumidor (relação de consumo e inversão do ônus) — 16, 37, 192
- Código de Ética Médica (normas deontológicas e diceológicas) — 16, 80, 148, 63, 64
- Código de Processo Ético-Profissional — CPEP (Resolução CFM 2.306/2022) — 70, 73, 148, 156
- Código de Processo Civil (disciplina da prova pericial) — 99–101
- Código de Processo Penal (exame de corpo de delito) — 164, 167
- Código Penal (tipificação de crimes culposos e próprios) — 88–94
- Comissão de Ética Médica (braço do CRM nos estabelecimentos) — 59–62
- Complicação médica (evento adverso previsível) — 39, 118
- Consentimento informado (processo comunicativo) — 43, 77–85, 186
- Contraditório técnico (participação na produção da prova) — 101, 113
- Culpa concorrente (do paciente no resultado danoso) — 52, 128, 140
- Culpa exclusiva (do paciente ou de terceiro) — 52, 128, 195
- Culpabilidade (elemento estrutural do crime) — 94, 161

D

- Dano estético (Súmula 387 do STJ e autonomia) — 22, 49
- Dano material (lucros cessantes e danos emergentes) — 22, 48

- Dano moral (reparação e dor psíquica) — 22, 48, 196
- Dano moral in re ipsa (recusa de plano de saúde) — 196
- Dever de informação (elemento da lex artis) — 43, 130, 186
- Dignidade da pessoa humana (fundamento constitucional) — 78, 130
- Documentação médica (prontuário, laudos e atestados) — 116–123
- Dolo eventual (assunção do risco de morte) — 89, 193
- Dúvida razoável (standard probatório criminal) — 165

E

- Erro de diagnóstico (falha no processo investigativo) — 115, 124, 129
- Erro médico (conceito jurídico-médico) — 37–53
- Exame de corpo de delito (indispensabilidade no crime que deixa vestígios) — 164
- Exame físico (pilar da anamnese e documentação) — 32, 100, 118, 126
- Exames complementares (indicação e interpretação técnica) — 33, 101, 119, 127
- Excludentes de responsabilidade (rompimento do nexo causal) — 48, 128, 137–142, 188
- Exercício ilegal da medicina (exceder limites da especialidade) — 92

F

- Falsidade de atestado médico (crime contra a fé pública) — 93
- Fato de terceiro (excludente de responsabilidade) — 53, 128, 141, 195
- Força maior (evento externo inevitável) — 48, 128, 137
- Fortuito externo (alheio ao risco da atividade) — 50, 138–139
- Fortuito interno (risco intrínseco à atividade hospitalar) — 50, 138

H

- Homicídio culposo (negligência, imprudência ou imperícia) — 89, 190
- Hospital — responsabilidade civil (objetiva e subjetiva indireta) — 192–195

I

- Iatrogenia (risco inerente não culposo) — 78, 120
- Imperícia (falha técnica ou falta de habilidade) — 40, 124
- Imprudência (ação precipitada ou descuidada) — 40, 124
- Imputação objetiva (Teoria de Roxin) (criação de risco proibido) — 40, 120
- In dubio pro reo (princípio da presunção de inocência) — 165
- Independência das instâncias (civil, penal e administrativa) — 155, 178, 74
- Inquérito policial (fase inquisitorial e riscos defensivos) — 162
- Inversão do ônus da prova (em cirurgia estética e no CDC) — 187

L

- Laudo médico-pericial (conclusões e fundamentação técnica) — 103, 120
- Laudo necroscópico (determinação da causa mortis) — 132
- Laudo pericial (requisitos do CPC e valor probante) — 99, 167
- Lesão corporal culposa (falha no dever de cuidado) — 90, 193
- Lex artis (conjunto de padrões técnicos) — 29–33
- Lex artis ad hoc (padrão circunstancial da conduta) — 29, 97, 127
- LGPD — dados de saúde (tratamento de dados sensíveis) — 65, 66, 119

M

- Medicina defensiva (excesso de exames por receio de processos) — 42, 129
- Médico perito (obrigações éticas e imparcialidade) — 103

N

- Negligência (omissão do dever de cuidado) — 40, 123
- Negligência informacional (falha autônoma no dever de informar) — 47, 136
- Nexo causal (ligação entre conduta e dano) — 22, 50, 128
- Non bis in idem (proibição de dupla punição pelo mesmo fato) — 179

O

- Obrigação de meio (diligência técnica sem garantia de cura) — 23, 55, 184
- Obrigação de resultado (expectativa de transformação corporal) — 23, 56, 184
- Omissão de notificação de doença (crime contra a saúde pública) — 92
- Omissão de socorro (médico como garantidor) — 90, 195
- Ônus da prova (distribuição processual e inversão) — 81, 187

P

- Parecer técnico (documento do assistente técnico) — 111, 120, 133
- Perdão judicial (consequências graves ao próprio médico) — 168
- Perícia médica (centralidade no contencioso) — 98–104, 153
- Plano de saúde (responsabilidade solidária e recusa de cobertura) — 195–196
- Prescrição — prazo (regimes civil, ético e penal) — 134, 156, 169, 73
- Princípio da confiança (em procedimentos em equipe) — 95, 167
- Processo Ético-Profissional (rito e julgamento no CRM) — 148–159, 72, 73
- Prontuário eletrônico (rastreabilidade e digitalização) — 119
- Prontuário médico (principal instrumento de defesa) — 118, 141, 154
- Publicidade médica (Resolução CFM n.º 2.336/2023) — 67–69

Q

- Quesitos periciais (perguntas estratégicas ao perito) — 101, 167

R

- Relação médico-paciente (natureza contratual e confiança) — 45, 79, 130
- Responsabilidade civil médica (teoria geral) — 20–24
- Responsabilidade civil objetiva (Estado e hospitais) — 25, 45, 192
- Responsabilidade civil subjetiva (regra para profissionais liberais) — 20, 45
- Responsabilidade ético-profissional (marco normativo e processo) — 58–76, 148–159
- Responsabilidade penal médica (tipos penais e inquérito) — 88–94, 161–172
- Resultado adverso (desfecho clínico desfavorável não culposo) — 39, 120
- Risco inerente (iatrogenia e riscos tolerados) — 24, 45, 120
- Risco permitido (atuação conforme a lex artis) — 120, 121
- Risco proibido (incremento do perigo além do padrão) — 120, 121

S

- Segredo profissional (dever ético e penal de sigilo) — 65, 92
- Sindicância (fase investigativa do CRM) — 70, 71, 112, 150
- Sistema Único de Saúde (SUS) (responsabilidade do Estado e regresso) — 25, 199

T

- TCLE — conteúdo e pressupostos (capacidade, informação e voluntariedade) — 77, 80
- TCLE — limites (não protege contra erro técnico) — 46, 82, 133
- Teoria do risco administrativo (fundamento da responsabilidade estatal) — 197
- Termo de ajustamento de conduta (TAC) — 71

V

- Violação de segredo profissional (art. 154 do CP) — 92

A crescente judicialização da medicina impôs ao profissional de saúde um novo cenário: além da excelente técnica, tornou-se indispensável o domínio dos fundamentos jurídicos que regem sua atuação.

Esta obra apresenta uma abordagem completa, sistematizada e tecnicamente rigorosa da defesa médica, analisando de forma integrada as esferas civil, penal e ético-profissional.

Com base na legislação vigente, na doutrina especializada e na jurisprudência atual dos tribunais superiores, o livro oferecerá não apenas fundamentos teóricos, mas também estratégias práticas de atuação, voltadas à realidade forense e pericial.

Destinada a médicos, advogados e operadores do direito, a obra se estruturará a partir de pilares essenciais.

Responsabilidade civil médica e seus elementos
- Aplicacao da lex artis ad hoc na prática clinica
- Estruturacão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Prova pericial como eixo da defesa técnica
- Estratégias defensivas nas esferas civil, penal e ética

Mais do que um tratado teórico, este livro constitui um instrumento prático de proteção profissional, permitindo a compreensão adequada dos limites da responsabilidade médica e das ferramentas necessárias para sua defesa.

SOBRE O AUTOR: Rodrigo Miziara Yunes é médico neurocirurgião e advogado, especialista em cirurgia da coluna e advocacia da saúde, com foco na defesa profissional do médico, com vasta experiência e atuação em perícia médica judicial e defesa técnica em responsabilidade profissional. Formado em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e em Direito pela Universidade Paulista **(UNIP)**

Edicão do Autor

2026

ISBN: 978-65-02-05436-9

9 786502 054369