

RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA – CONSIDERAÇÕES

MURILLO GUTIER¹

1. Responsabilidade civil médica: origens históricas e contexto contemporâneo	2
1.1. Raízes históricas da responsabilização do profissional de saúde	2
1.2. A Revolução Industrial e o avanço da ciência médica	2
1.3. A massificação do atendimento e a transformação da relação médico-paciente	3
1.4. A dimensão ética e o imperativo da humanização	3
2. Legislação aplicável à responsabilidade civil médica	3
2.1. A responsabilidade subjetiva desde o Código Civil de 1916	4
2.2. O advento do Código de Defesa do Consumidor	4
2.3. O Código Civil de 2002 e perspectivas legislativas	4
2.4. Síntese da legislação aplicável	4
3. Natureza jurídica da relação médico-paciente	5
3.1. Caráter contratual da relação	5
3.2. Locação de serviços "sui generis"	5
4. Obrigação de meio e obrigação de resultado	5
4.1. Distinção conceitual e repercussão processual	5
4.2. Exceção: a cirurgia plástica como obrigação de resultado	6
4.3. Repercussão no ônus da prova	6
5. Especialidades médicas com dúvida quanto à obrigação aplicável	7
5.1. Cirurgia plástica: estética e reparadora	7
5.2. Médico anestesista: natureza da obrigação e fases do atendimento	7
6. A culpa na responsabilidade civil médica	8
6.1. Fundamento da responsabilidade subjetiva	8
6.2. Negligência	8
6.3. Imprudência	9
6.4. Imperícia	9
6.5. Erro médico: conceito, classificação e espécies	10
6.6. Erro de diagnóstico	11
7. Demais pressupostos da responsabilidade: dano e nexa causal	12
7.1. Dano médico: espécies e características	12
7.2. Nexa de causalidade	13
8. Responsabilidade civil do médico por danos causados pela prescrição de medicamentos	13
8.1. Dever de prescrição e autonomia terapêutica	13
8.2. Prescrição "off label" e uso experimental	13
8.3. Liberdade terapêutica e vedação a interferências externas	14
8.4. Prescrição para paciente alérgico e acompanhamento pós-prescrição	14
8.5. Medicamento genérico, similar e interações medicamentosas	15
9. Responsabilidade civil do médico prestando serviço no hospital	15
9.1. Atuação como profissional liberal autônomo	15
9.2. A natureza jurídica dos serviços hospitalares	15
9.3. Responsabilidade do hospital por erros médicos: a posição do STJ	16
• Lógica do tema: responsabilidade civil médica	16
• Quadro sinótico	17
• Tabela de precedentes (STJ)	19
• Referências	21

¹ Advogado desde 2003. Mestre em Direito Público pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG. Especialista em Direito Civil pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG. Professor de Direito Processual Civil da Unipac e UniFachus-Uberaba. E-mail: murillo@gutier.adv.br

1. Responsabilidade civil médica: origens históricas e contexto contemporâneo

1.1. Raízes históricas da responsabilização do profissional de saúde

A **responsabilidade civil médica** possui raízes antigas que remontam à civilização babilônica. Entre os séculos XVIII a.C. e XVII a.C., durante a primeira Dinastia da Babilônia, o Rei Khamu-Rabi instituiu o **Código de Hamurabi**, que já continha disposições expressas sobre a responsabilização dos profissionais de saúde. Naquele contexto normativo, a responsabilidade era de natureza **objetiva**, fundada na lógica retributiva do "olho por olho, dente por dente", de modo que se desconsiderava qualquer análise sobre a culpa do profissional para fins de imputação da obrigação reparatória.²

Paralelamente, a doutrina aponta que entre os séculos V a.C. e IV a.C. prevaleceram na Grécia antiga os ensinamentos de **Hipócrates**, cuja contribuição foi decisiva para a evolução da ciência médica. Hipócrates fundamentou o exercício da medicina na razão e na observação científica, inaugurando um paradigma ético-moral que transformou a saúde do paciente em **obrigação primordial** do médico. Desse legado nasceu o célebre **Juramento de Hipócrates**, ainda utilizado como referência deontológica na atualidade.³

A noção de **culpa médica** começou a ser delineada justamente nesse período grego, em sintonia com a tradição egípcia que equiparava os médicos aos sacerdotes. Todavia, esses profissionais estavam sujeitos à pena capital caso violassem as regras obrigatórias que lhes eram impostas. Foi somente com a "**Lex Aquilia**" romana, em harmonia com o princípio do "neminem laedere" (não causar dano a ninguém), que a culpa passou a ser condição para a responsabilização profissional, embora ainda sob um contexto bastante severo, que admitia a morte ou a deportação do médico que incorresse em erro culposo.⁴

Ilustrativo dessa concepção é o fragmento de Ulpiano registrado no Digesto (1, 18, 6, 7), segundo o qual não se deveria imputar ao médico o resultado morte em si, mas apenas aquilo que ele houvesse praticado por **imperícia**. Essa passagem evidencia que, já no direito romano, o profissional respondia pela conduta culposa sem, contudo, assumir o dever de curar a enfermidade do paciente.⁵

1.2. A Revolução Industrial e o avanço da ciência médica

A medicina experimentou uma transformação significativa após a **primeira Revolução Industrial**, iniciada na Inglaterra no final do século XVIII. A migração massiva para os centros urbanos, provocada por epidemias devastadoras de tuberculose, pneumonia, sarampo, gripe, escarlatina, difteria e varíola, gerou um cenário de intensa mortalidade que exigiu respostas da ciência. O crescimento populacional acelerado resultou em grandes aglomerações urbanas, com condições precárias de habitação e saúde, o que favoreceu a disseminação de enfermidades até então desconhecidas e sem tratamento disponível.⁶

Esse contexto de crise sanitária direcionou o progresso tecnológico para o desenvolvimento da ciência médica. Novos medicamentos, equipamentos e modalidades de

² Cf. TOMÉ, 2026; STOCO, 2013, p. 717-718.

³ Cf. TOMÉ, 2026.

⁴ Cf. KFOURI NETO, 2013, p. 58-60.

⁵ Cf. KFOURI NETO, 2013, p. 58-60.

⁶ Cf. TOMÉ, 2026.

tratamento foram gradativamente criados, possibilitando a cura de diversas doenças. Contudo, ao lado dos inegáveis benefícios proporcionados pela modernidade, surgiram também **riscos à vida e à saúde** dos pacientes, inerentes à própria evolução das técnicas terapêuticas. Nesse sentido, a medicina contemporânea converteu-se em uma atividade que, pela sua própria natureza, envolve riscos significativos.⁷

1.3. A massificação do atendimento e a transformação da relação médico-paciente

O crescimento demográfico acentuado impôs a formação de um **mercado interno de massas** voltado ao atendimento de saúde. Essa transformação estrutural alterou profundamente a dinâmica entre o médico e o paciente, convertendo o primeiro em **prestador de serviços** e o segundo em **consumidor**, conforme a lógica das relações de consumo contemporâneas. A perda gradual dos valores éticos contribuiu para despersonalizar essa relação, ao passo que a crescente consciência dos pacientes sobre seus direitos ampliou a percepção quanto a falhas profissionais como imperícia, negligência e imprudência.⁸

Esses fatores conjugados produziram um **distanciamento** entre o profissional e o enfermo, abrindo espaço para o crescimento expressivo de ações judiciais fundadas em responsabilidade civil médica, fenômeno especialmente acentuado nos Estados Unidos da América. Todavia, o caminho mais adequado sempre foi o da **prevenção**, tanto para o médico quanto para o paciente, que não busca o atendimento com a finalidade de obter indenização. A prevenção pressupõe serviços médicos de qualidade, prestados com respeito e lealdade, nos quais o paciente seja tratado como ser humano, e não como mero cliente de um serviço comercial na área de saúde.⁹

1.4. A dimensão ética e o imperativo da humanização

O cenário contemporâneo revela que alguns profissionais que lidam com a vida e a saúde humana demonstram insuficiente preparo para tratar o enfermo com **humanidade**, respeitar integralmente suas escolhas e decisões, e prevenir lesões aos seus direitos. Os valores éticos e morais, embora constantemente invocados como pilares de uma convivência pacífica e digna, são por vezes negligenciados em favor de interesses particulares. O profissional médico deve pautar sua conduta pela honestidade, humildade e humanidade, conforme a melhor doutrina.¹⁰

As relações entre médico e paciente devem, portanto, ser permeadas por **solidariedade** e pelo propósito exclusivo de prevenir, tratar e, quando possível, curar as enfermidades humanas. O bom relacionamento entre ambos constitui elemento fundamental, aliado ao exercício correto e diligente da profissão, em atenção às necessidades específicas de cada paciente. É imprescindível que os médicos compreendam com precisão a **relação jurídica** formada a partir do atendimento, conhecendo seus direitos e deveres nesse vínculo, a fim de cumprir adequadamente a obrigação assumida, sem gerar danos ou conflitos.¹¹

2. Legislação aplicável à responsabilidade civil médica

⁷ Cf. TOMÉ, 2026;

⁸ Cf. STOCO, 2013, p. 720; FARAH, 2009.

⁹ Cf. KFOURI NETO, 2010, p. 34.

¹⁰ Cf. KFOURI NETO, 2010, p. 34.

¹¹ Cf. TOMÉ, 2026.

2.1. A responsabilidade subjetiva desde o Código Civil de 1916

A **responsabilidade civil do médico** encontra previsão no ordenamento jurídico brasileiro desde o Código Civil de 1916, que já consagrava a modalidade **subjetiva** para os danos causados durante a atuação profissional. Exigia-se, portanto, a comprovação de conduta culposa em uma das três modalidades - imprudência, imperícia ou negligência -, além da demonstração do nexo causal e do efetivo dano sofrido pelo paciente. Esse modelo acompanha a tradição histórica da responsabilidade médica construída desde a Grécia antiga, quando a ideia de culpa começou a ser formulada.¹²

2.2. O advento do Código de Defesa do Consumidor

A partir de 1990, o **Código de Defesa do Consumidor (CDC)** passou a regulamentar as relações de consumo, dispondo especificamente no art. 14, §4º, sobre a responsabilidade civil do **profissional liberal**, categoria que abrange o médico independentemente da forma de contratação. A inserção desse dispositivo gerou controvérsia doutrinária acerca da legislação aplicável aos erros praticados por médicos em sua atuação profissional. Parte da doutrina sustenta que os conflitos entre médico e paciente devem ser regidos primordialmente pelo Código Civil, inclusive quanto ao prazo prescricional da pretensão indenizatória.¹³

Contudo, a **corrente majoritária** entende que a relação entre médico e paciente configura uma efetiva relação de consumo, devendo ser disciplinada pelo CDC. Esse é o posicionamento consolidado pelo **Superior Tribunal de Justiça (STJ, REsp 731.078/SP, Rel. Min. Castro Filho, 3ª Turma, j. 13.12.2005, DJ 13.02.2006)**. O CDC representou um marco para a responsabilidade civil ao beneficiar os consumidores por meio da facilitação do **acesso à justiça**, com a possibilidade de propositura da ação no domicílio da vítima (art. 101, I), a inversão do ônus da prova pelo magistrado (art. 6º, VIII), o reconhecimento da **responsabilidade solidária** de todos os integrantes da cadeia de fornecimento (art. 25, §1º) e a garantia de **reparação integral** dos danos (art. 6º, VI).¹⁴

2.3. O Código Civil de 2002 e perspectivas legislativas

O **Código Civil de 2002** manteve a responsabilidade civil subjetiva do profissional liberal, abrangendo médicos, cirurgiões, farmacêuticos, dentistas, fisioterapeutas, enfermeiros e demais profissionais da área de saúde. Atualmente, tramita o **Projeto de Lei nº 4/2025**, que pretende alterar o Código Civil, mantendo a responsabilidade subjetiva do médico e inserindo, caso aprovado, dispositivos específicos sobre a **teoria da perda de uma chance**, instituto amplamente utilizado na seara da responsabilidade civil médica.¹⁵

2.4. Síntese da legislação aplicável

Em síntese, o médico que exerce a profissão como **profissional liberal** submete-se à responsabilidade subjetiva, nos termos do art. 14, §4º, do CDC, e dos arts. 186, 927 e 951 do Código Civil de 2002. Essa mesma disciplina aplica-se ao profissional que presta serviços com

¹² Cf. TOMÉ, 2026.

¹³ Cf. FARAH, 2009; STOCO, 2013.

¹⁴ Cf. TOMÉ, 2026.

¹⁵ Cf. TOMÉ, 2026.

vínculo empregatício, em grupos ou por meio de convênios, permanecendo sempre **subjéctiva** a natureza de sua responsabilidade.¹⁶

3. Natureza jurídica da relação médico-paciente

3.1. Caráter contratual da relação

A relação estabelecida entre o médico e o paciente possui, em regra, natureza **contratual**, conforme entendimento consolidado pelo **STJ** (REsp 1.104.665/RS, Rel. Min. Massami Uyeda, 4ª Turma, j. 09.06.2009, DJe 04.08.2009). Trata-se, todavia, de uma relação contratual dotada de particularidades, uma vez que tem por objeto uma **prestação de serviços especial**, que inclui deveres acessórios, notadamente o dever de informação, do qual decorre o **termo de consentimento livre e esclarecido** (STJ, REsp 1.540.580/DF, Rel. Min. Lázaro Guimarães, 4ª Turma, j. 02.08.2018, DJe 04.09.2018).¹⁷

O contrato entre médico e paciente frequentemente se forma pela simples **concordância tácita** do enfermo, embora possa ser celebrado verbalmente ou por escrito. Excepcionalmente, a relação poderá ser **extracontratual**, isto é, sem a preexistência de um contrato, como ocorre quando o médico presta atendimento em via pública, durante uma viagem ou em uma aeronave. A natureza contratual da responsabilidade médica é matéria há muito pacificada na doutrina e na jurisprudência.¹⁸

3.2. Locação de serviços "sui generis"

A controvérsia doutrinária persiste quanto à **classificação** dessa relação contratual. Há quem a qualifique como simples locação de serviços. Prevalece, contudo, o entendimento de que se trata de uma **locação de serviços "sui generis"**, conforme definição adotada nos Códigos da Suíça e da Alemanha. Segundo essa concepção, o médico é simultaneamente conselheiro, protetor e guardião do enfermo, de modo que a relação não se resume à prestação de serviços mediante contraprestação pecuniária, mas exige do profissional uma **consciência profissional** que vai além do conhecimento técnico.¹⁹

4. Obrigação de meio e obrigação de resultado

4.1. Distinção conceitual e repercussão processual

Na relação de prestação de serviços que se forma entre médico e paciente, seja contratual ou extracontratual, é essencial identificar se a obrigação assumida é **de meio** ou **de resultado**, dado que essa classificação repercute diretamente na distribuição do **ônus da prova** em eventual demanda judicial. A **obrigação** consiste em uma relação jurídica que se estabelece, como regra, entre credor e devedor, para cumprimento de uma prestação que poderá ser de dar, fazer ou não fazer.²⁰

¹⁶ Cf. TOMÉ, 2026.

¹⁷ Cf. TOMÉ, 2026.

¹⁸ Cf. DIAS, 1950, p. 270-273.

¹⁹ Cf. DIAS, 1950, p. 270-273; CAVALIERI FILHO, 2010, p. 385.

²⁰ Cf. TOMÉ, 2026.

Na **obrigação de meio**, o devedor compromete-se com uma atuação **diligente**, empregando todos os recursos e conhecimentos disponíveis, sem garantir um resultado específico. Já na **obrigação de resultado**, não basta a conduta zelosa do profissional, sendo necessário o alcance do resultado útil legitimamente esperado pelo credor. A doutrina e a jurisprudência majoritárias entendem que a relação entre médico e paciente gera, como regra, uma **obrigação de meio**. Isso significa que o profissional não se obriga a curar ou salvar a vida do paciente, mas a empregar todo o seu conhecimento técnico e os recursos disponíveis para cuidar, tratar e, quando possível, promover a cura.²¹

Esse entendimento encontra respaldo no **STJ** (REsp 1.051.674/RS, Rel. Min. Massami Uyeda, 3ª Turma, j. 03.02.2009, DJe 24.09.2009). O objeto do contrato médico não é a cura, mas a prestação de cuidados conscienciosos, atentos e condizentes com os avanços da ciência. Trata-se de posição acolhida também pela doutrina espanhola.²²

4.2. Exceção: a cirurgia plástica como obrigação de resultado

Uma exceção relevante à regra geral é a **responsabilidade civil do cirurgião plástico**. A jurisprudência do **STJ**, independentemente de se tratar de cirurgia estética ou reparadora, qualifica essa prestação como **obrigação de resultado**, em razão do comprometimento com um resultado útil prometido ao paciente (STJ, AgInt no AREsp 2506337, Rel. Min. João Otávio de Noronha, 4ª Turma, j. 24.03.2025, DJEN 28.03.2025). Todavia, parcela significativa da doutrina discorda dessa orientação, argumentando que nenhum médico pode se comprometer com um resultado específico, especialmente diante das peculiaridades individuais de cada organismo, que podem gerar intercorrências imprevisíveis mesmo em procedimentos estéticos.²³

4.3. Repercussão no ônus da prova

A distinção entre obrigação de meio e de resultado é determinante para a fixação do **ônus probatório**. Na obrigação de meio, compete ao **paciente** demonstrar a conduta culposa do médico para fazer jus à reparação. Na obrigação de resultado, a **culpa do médico é presumida**: uma vez demonstrado que o resultado legitimamente esperado não foi alcançado, caberá ao profissional provar alguma excludente de responsabilidade. Importa destacar que a obrigação de resultado não se confunde com **responsabilidade objetiva**, pois inexistente previsão legal nesse sentido. Nos termos do art. 14, §4º, do CDC, a responsabilidade do profissional liberal é sempre subjetiva, mesmo quando se trata de obrigação de resultado.²⁴

Assim, predomina o entendimento de que a responsabilidade dos profissionais liberais é **subjetiva**, com culpa presumida na obrigação de resultado e culpa a ser comprovada pela vítima na obrigação de meio. Quando a obrigação for de resultado e o resultado pretendido não for alcançado, considerar-se-á descumprida a obrigação, ensejando reparação ou indenização. O **STJ** analisa não a exatidão do resultado, mas a obtenção de um **resultado satisfatório**. Já a obrigação de meio demandará prova inequívoca da violação do dever de diligência, normalmente produzida por meio de **perícia técnica**²⁵

²¹ Cf. PENTEADO; FIGUEIREDO, S.D., p. 222;

²² Cf. TOMÉ, 2026;

²³ Cf. TOMÉ, 2026.

²⁴ Cf. TOMÉ, 2026.

²⁵ Cf. TOMÉ, 2026.

5. Especialidades médicas com dúvida quanto à obrigação aplicável

5.1. Cirurgia plástica: estética e reparadora

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia permitiu que a medicina passasse a atuar também na **melhoria da aparência** física, além dos cuidados tradicionais com a saúde e a vida. A doutrina debateu longamente sobre a licitude da cirurgia plástica, pois muitos argumentavam que a realização de intervenção cirúrgica em paciente saudável seria ilícita, em razão dos riscos desnecessários impostos ao indivíduo. Esse foi o entendimento inicialmente adotado na jurisprudência francesa.²⁶

Após longa discussão, a **cirurgia plástica** consolidou-se como especialidade médica lícita. Ela se desdobra em duas modalidades: a **corretiva** (ou reparadora), que visa corrigir deformações físicas congênitas ou traumáticas, e a **estética**, que tem por finalidade corrigir imperfeições físicas que incomodam o paciente, com o propósito de aprimorar sua aparência. Em relação à cirurgia corretiva, é **unânime** o entendimento de que a obrigação do médico é de meio. Quanto à cirurgia estética, a controvérsia persiste, havendo defensores de ambas as posições. De todo modo, independentemente da modalidade cirúrgica, quando o resultado efetivamente obtido divergir significativamente daquele previsto, com consequências acentuadamente adversas, será cabível a **indenização**²⁷

A identificação da **finalidade** da cirurgia - se meramente reparadora ou estética - constitui elemento fundamental para determinar o regime de responsabilidade civil aplicável. Na cirurgia estética, destacam-se motivações ligadas à vaidade, à atenuação de marcas do envelhecimento, à remoção de gorduras localizadas e ao aprimoramento estético do corpo.²⁸

5.2. Médico anestesista: natureza da obrigação e fases do atendimento

O **anestesista** é um médico autônomo que estabelece relação contratual própria com o paciente. Uma parcela da doutrina sustenta que essa relação gera **obrigação de resultado**, considerando que o profissional se compromete a anestésiar o paciente, suprimir a dor, fazê-lo adormecer e, após a intervenção, reanimá-lo sem sequelas. Contudo, o entendimento **majoritário** é de que se trata de obrigação de meio, uma vez que o anestesista se compromete com uma atuação diligente e zelosa, sem possibilidade de assegurar um resultado final específico.²⁹

O serviço prestado pelo anestesista divide-se em três fases: **pré-operatória**, **operatória** e **pós-operatória**. Na fase pré-operatória, o profissional deve coletar dados relevantes, realizar testes e exames necessários para determinar o anestésico adequado a cada paciente. Essa etapa assume especial importância diante do uso habitual de substâncias como álcool e drogas ilícitas por parte de muitos pacientes, circunstância que exige cautela redobrada na escolha do procedimento anestésico. Compete ao anestesista selecionar e aplicar corretamente o anestésico, conforme as técnicas reconhecidas, sob pena de responsabilização por eventuais danos.³⁰

²⁶ Cf. TOMÉ, 2026; DIAS, 1950.

²⁷ Cf. RIZZARDO, 2013, p. 335-337.

²⁸ Cf. RIZZARDO, 2013, p. 335-337.

²⁹ Cf. MELO, 2013, p. 131.

³⁰ Cf. STOCO, 2013.

Qualquer erro na aplicação do anestésico - seja pela escolha inadequada da via de administração, pela seleção incorreta da substância, pelo excesso de dosagem ou pela aplicação em intervalo de tempo impróprio - ensejará a **responsabilização autônoma** do anestesista. Essa responsabilidade subsistirá mesmo quando o erro tenha sido praticado por enfermeiro auxiliar, configurando-se hipótese de **culpa "in eligendo"**. Os danos causados ao paciente nas fases pré e pós-operatória são de responsabilidade exclusiva do anestesista.³¹

Na fase **operatória**, o anestesista deve permanecer ao lado do paciente durante todo o procedimento, monitorando seus sinais vitais, sob pena de configurar negligência. Nos termos da **Resolução nº 1.802/2006** do Conselho Federal de Medicina, essa permanência constitui dever fundamental do profissional. Os danos ocorridos durante a cirurgia poderão ser imputados solidariamente ao cirurgião e ao anestesista, dependendo da forma de contratação. Se o anestesista integrar a equipe do cirurgião, ambos responderão; se pertencer ao quadro do hospital, apenas este será responsabilizado, salvo se a ordem tiver sido inadequadamente dada ou executada sob a fiscalização do médico-chefe.³²

6. A culpa na responsabilidade civil médica

6.1. Fundamento da responsabilidade subjetiva

A responsabilidade civil incidente sobre a relação entre paciente e médico, tanto na obrigação de meio quanto na de resultado, será apurada mediante verificação da **culpa** do profissional, em razão da incidência da **responsabilidade subjetiva**. Essa modalidade está prevista no art. 14, §4º, do CDC, combinado com os arts. 186, 927 e 951 do Código Civil de 2002. Todos os dispositivos adotaram a **teoria da culpa**, exigindo a comprovação da conduta imprudente, negligente ou imperita para que surja o direito à reparação ou indenização.³³

A exigência de comprovação da culpa decorre de um fundamento moral elementar: ninguém pode ser obrigado a reparar danos sem que tenha concorrido culposamente para sua produção. No direito civil brasileiro, a culpa é denominada **culpa "lato sensu"**, pois abrange tanto o **dolo** (intenção de causar dano) quanto a **culpa "stricto sensu"** (conduta sem intenção danosa, mas praticada com imprudência, negligência ou imperícia). Presente qualquer dessas modalidades, estará configurado o pressuposto subjetivo da responsabilidade civil.³⁴

6.2. Negligência

A **negligência** é uma das formas de culpa "stricto sensu", que se manifesta predominantemente por meio de conduta **omissiva**. Consiste na falta de cuidado mínimo necessário com o paciente, revelando uma postura desatenta que permite a ocorrência do dano. Exemplificam essa conduta a ausência de higiene adequada, o não fornecimento da medicação correta e a demora injustificada no diagnóstico que resulta em agravamento do estado de saúde do enfermo. A negligência caracteriza-se, portanto, pela inação, indolência e inércia, representando a falta de observância dos deveres que as circunstâncias exigem.³⁵

³¹ Cf. DIAS, 1950.

³² Cf. GONÇALVES, 2013, p. 272.

³³ Cf. TOMÉ, 2026.

³⁴ Cf. TOMÉ, 2026.

³⁵ Cf. KFOURI NETO, 2013; FRANÇA, 2013, p. 255.

Tratando-se de relação contratual com obrigação de meio, não se exige do médico a cura, mas uma conduta cautelosa e **diligente**. O descumprimento desse dever, quando causar dano, faz surgir a obrigação de reparar por negligência. O médico tem o dever de visitar seus pacientes hospitalizados, e o descumprimento dessa obrigação pode configurar negligência, salvo se o profissional atribuir a outro colega a responsabilidade de cumprir esse dever. Na hipótese de substituição em plantão, o médico deve aguardar a chegada do substituto para, só então, ausentar-se. Caso se retire antes e o paciente sofra danos por essa ausência, configurar-se-á a chamada "**negligência vacariante**"³⁶

São igualmente hipóteses de negligência: não observar as reclamações do paciente, prescrever com letra ilegível que conduza à ingestão de medicamento errado, esquecer objeto estranho no corpo do paciente durante procedimento cirúrgico, medicar por telefone sem examinar o enfermo, apresentar diagnóstico sem confirmá-lo por exames complementares, ou liberar paciente examinado superficialmente cuja enfermidade não foi diagnosticada e que venha a falecer ou sofrer danos em consequência dessa conduta. Importa destacar que a negligência **não se confunde** com a imperícia: a aplicação de soro antitetânico sem teste prévio configura negligência quando o médico conhece a necessidade do teste e a omite; será imperícia quando o profissional desconhece essa exigência técnica.³⁷

6.3. Imprudência

A **imprudência** constitui outra modalidade de culpa "stricto sensu", manifestando-se por meio de condutas **comissivas**, precipitadas e desprovidas da cautela esperada do profissional. O médico imprudente age de forma intempestiva, insensata ou inconsiderada, desconsiderando possíveis consequências danosas de sua atuação ou deixando de adotar as precauções mínimas exigíveis. A imprudência resulta de atitudes injustificadas, tomadas sem qualquer cuidado prévio, e possui sempre caráter ativo, diferenciando-se da negligência, que se caracteriza pela omissão.³⁸

Segundo a doutrina, a imprudência frequentemente **deriva da imperícia**, pois o médico que não possui preparação suficiente ou capacidade profissional adequada, mesmo consciente dessa limitação, não se abstém de agir. A imperícia, por sua vez, verifica-se quando o profissional habilitado atua como se não dominasse as noções elementares da técnica de consultar, diagnosticar ou operar.³⁹

6.4. Imperícia

A **imperícia** é a terceira modalidade de culpa "stricto sensu", consistindo em conduta comissiva decorrente de **erro técnico** profissional. Revela o conhecimento técnico deficiente do médico, que adota condutas inadequadas contrárias às normas técnicas, seja por ausência de conhecimento ou por despreparo. A distinção entre imperícia e imprudência reside na motivação: quando o profissional descumpra a norma técnica por descaso, mas sem visar o dano, configura-se imprudência; quando o descumprimento decorre de desconhecimento ou falta de preparo, trata-se de imperícia.⁴⁰

³⁶ Cf. FRANÇA, 2013, p. 255.

³⁷ Cf. KFOURI NETO, 2013, p. 106.

³⁸ Cf. FRANÇA, 2013, p. 255; KFOURI NETO, 2013, p. 109.

³⁹ Cf. KFOURI NETO, 2013, p. 109; ZULIANI, 2010, p. 409.

⁴⁰ Cf. RIZZARDO, 2013, p. 7.

Ilustram hipóteses de imperícia médica a conduta do obstetra que, ao realizar cesárea, perfura órgão da paciente, ou a do profissional que, em parto com fórceps, causa traumatismo craniano no recém-nascido. O **Tribunal de Justiça de São Paulo** reconheceu essa última hipótese como imperícia (TJSP, Apelação 0101376-11.2009.8.26.0100, 8ª Câmara de Direito Privado, Rel. Theodureto Camargo, j. 12.11.2014, DJe 04.12.2014). A doutrina e a jurisprudência admitem a existência de imperícia médica porque o diploma não constitui prova absoluta da capacidade técnica do profissional legalmente habilitado.⁴¹

6.5. Erro médico: conceito, classificação e espécies

O **erro médico** não possui definição precisa e unívoca na doutrina, o que sempre gerou divergência quanto ao seu exato alcance. Em janeiro de 2024, a expressão foi substituída pela fórmula "danos materiais e/ou morais decorrentes da prestação de serviços de saúde", embora a nova terminologia também seja alvo de críticas por não abranger todas as hipóteses de danos. Em sentido amplo, o erro médico pode ser definido como uma **falha** praticada pelo profissional em desacordo com as orientações técnicas, no exercício da profissão, que causa dano ao paciente. A doutrina destaca que o conceito não deveria se limitar à atuação exclusiva do médico, mas incluir qualquer equívoco praticado na **cadeia de fornecedores** dos serviços de saúde.⁴²

O erro médico pode ter como causa uma **falha pessoal** (falta de preparo, conhecimento deficitário ou ausência de habilidade) ou uma **falha estrutural** (deficiência de instrumentos ou recursos de trabalho). Essa distinção é fundamental para classificar o erro como **escusável** ou **inescusável**. O erro escusável é aquele justificável, que não decorre de conduta culposa, mas da incerteza ou imprecisão inerente à própria medicina, como o diagnóstico equivocado de doença não catalogada. Já o erro inescusável é injustificável, praticado por negligência, imperícia ou imprudência, e gera responsabilidade civil pelos danos causados.⁴³

A doutrina classifica o erro médico em três espécies: **erro de diagnóstico** (identificação equivocada da enfermidade), **erro de procedimento** (diagnóstico correto com escolha inadequada da técnica de tratamento) e **erro no procedimento** (diagnóstico e técnica corretos, mas execução defeituosa). Como exemplo de erro de procedimento, menciona-se a hipótese do paciente com ferimento na perna que deveria receber apenas pomada e curativos, mas é orientado a realizar cirurgia. O erro no procedimento, por sua vez, ilustra-se pela operação realizada em membro diverso do indicado. Somente o erro **inescusável** ensejará reparação, isto é, aquele que não seria cometido por outro profissional diligente nas mesmas condições.⁴⁴

Parte da doutrina distingue a **culpa** (imperícia) do **erro profissional**. O erro profissional consiste em conduta médica correta com utilização de técnica inadequada, sendo considerado escusável por decorrer das imperfeições da própria ciência. Já a imperícia configura conduta médica incorreta, embora com técnica adequada, tratando-se de erro inescusável e passível de reparação. Importa ainda distinguir o erro médico do **acidente imprevisível** (resultado lesivo decorrente de caso fortuito ou força maior) e do **resultado incontrolável** (evolução natural de enfermidade incurável). O erro profissional, também

⁴¹ Cf. TOMÉ, 2026.

⁴² Cf. POLICASTRO, 2013, p. 2.

⁴³ Cf. STOCO, 2013, p. 723.

⁴⁴ Cf. STOCO, 2013, p. 723-724.

denominado "erro de técnica", é, em regra, escusável, diante do risco próprio da medicina, devendo ser **grosseiro** para ensejar a responsabilização.⁴⁵

6.6. Erro de diagnóstico

O **diagnóstico** consiste na conduta médica por meio da qual o profissional busca identificar a doença que acomete o paciente, a fim de determinar o tratamento adequado. Mais do que um procedimento, constitui um **dever médico**, nos termos do art. 32 do Código de Ética Médica, que proíbe ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento cientificamente reconhecidos e ao seu alcance. O diagnóstico compreende a determinação da enfermidade, suas causas, características e efeitos.⁴⁶

Não se trata de procedimento objetivo ou matemático, o que exige extrema prudência. Ele se desdobra em duas fases principais. A primeira é o **exame clínico**, que compreende a **anamnese** (coleta inicial de dados sobre sintomas, antecedentes genéticos e doenças anteriores) e o **exame físico** (verificação de mucosas, linfonodos, hidratação, temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, palpação abdominal e percussão). A segunda fase consiste na eventual solicitação de **exames complementares** (laboratoriais ou de imagem), seguida da análise comparativa entre os dados coletados e os resultados obtidos para alcançar o diagnóstico correto.⁴⁷

Havendo dúvida sobre o diagnóstico ou suspeita de erro no exame realizado, deve o médico **repeti-lo** ou complementá-lo com outros exames. Na hipótese de diagnóstico errado em razão de exame laboratorial ou de imagem defeituoso, o profissional terá **direito de regresso** contra o responsável pelo exame, cuja obrigação é de resultado. O avanço científico e tecnológico não permite mais o diagnóstico baseado apenas no chamado "olho clínico", exigindo fundamentação em exames específicos com laudos confirmatórios.⁴⁸

O **erro de diagnóstico** poderá ser escusável ou inescusável, não resultando automaticamente em responsabilidade civil. Será fundamental verificar a causa que conduziu ao equívoco, podendo ser de ordem pessoal ou instrumental. O diagnóstico é procedimento eminentemente técnico, o que dificulta ao magistrado reconhecer o erro sem **prova pericial**, salvo erro grosseiro. O **STJ** já se pronunciou sobre o tema (REsp 1.662.338/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, 3ª Turma, j. 12.12.2017, DJe 02.02.2018). A doutrina propõe dois critérios fundamentais para aferir a culpa do médico: (i) se a conduta adotada seria igual à de outro profissional prudente nas mesmas condições; e (ii) se o médico utilizou todos os recursos à sua disposição para obter a certeza do diagnóstico.⁴⁹

O entendimento majoritário é de que o erro de diagnóstico **não gera responsabilidade civil**, salvo quando se tratar de **erro grosseiro**, isto é, situação em que o médico não fez o que deveria e poderia ter feito, dispondo dos meios necessários. A teoria da **perda de uma chance** relaciona-se com essa hipótese, na medida em que o uso indevido dos meios disponíveis pode impedir o paciente de obter melhora em sua condição clínica, nos termos do art. 5º do Código de Ética Médica.⁵⁰

⁴⁵ Cf. CAVALIERI FILHO, 2010, p. 387; STOCO, 2013, p. 724; AGUIAR JÚNIOR, 1995.

⁴⁶ Cf. AGUIAR JÚNIOR, 1995; RIZZARDO, 2013, p. 325.

⁴⁷ Cf. TOMÉ, 2026.

⁴⁸ Cf. STOCO, 2013, p. 738.

⁴⁹ Cf. KFOURI NETO, 2013, p. 101-102; STOCO, 2013, p. 738.

⁵⁰ Cf. TOMÉ, 2026.

7. Demais pressupostos da responsabilidade: dano e nexo causal

7.1. Dano médico: espécies e características

A obrigação do médico, como regra, é contratual de meio, e sua responsabilidade, subjetiva, exigindo a comprovação da conduta culposa causadora do dano, bem como do **nexo causal** entre a conduta e o resultado. Não basta a existência do dano como consequência do erro médico para concretizar o dever reparatório; é necessário demonstrar todos os pressupostos da responsabilidade civil. Ademais, inexistente direito à reparação sem comprovação da **lesão**, podendo esta ser de ordem material ou moral. Meros aborrecimentos, desconfortos ou sofrimentos não caracterizam, por si só, dano moral, ante a ausência de fundamento jurídico.⁵¹

A doutrina qualifica o dano decorrente da atividade médica como **iatrogenia**, expressão que designa a alteração patológica provocada no paciente por tratamento de qualquer natureza. A lesão poderá resultar de ação ou omissão do profissional, lícita ou ilícita. A conduta lícita corresponde a situações imprevisíveis ou previsíveis porém inesperadas, que configuram **exercício regular do direito**. Há, igualmente, a possibilidade de lesões decorrentes de reações individuais do organismo ao tratamento ou medicamento utilizado.⁵²

Os danos causados por erros médicos podem ser de natureza **patrimonial** ou **extrapatrimonial**. O dano patrimonial subdivide-se em **danos emergentes** (despesas com tratamento, internação, medicamentos e cuidados domiciliares) e **lucros cessantes** (rendimentos que a vítima deixou de auferir em razão do dano). O **dano moral** pode ocorrer de forma independente ou concomitante ao dano patrimonial, conforme a **Súmula 37 do STJ**. Ele consiste em lesão à personalidade, abrangendo angústia, dor e sofrimento que podem atingir a imagem do indivíduo. Na perspectiva constitucional, o dano moral configura violação ao **direito à dignidade**⁵³

Além dos danos material e moral, a vítima poderá fazer jus ao **dano estético**, que, segundo parte da doutrina, integra o dano moral por alterar a imagem da pessoa. Prevalece, contudo, o entendimento de que o dano estético constitui **direito autônomo**, não incluído no dano moral. É cabível a **cumulação** de danos morais e estéticos quando, embora decorrentes do mesmo fato, sejam passíveis de apuração separada (STJ, REsp 910.794/RJ, Rel. Min. Denise Arruda, 1ª Turma, j. 21.10.2008, DJe 04.12.2008). Conforme o STJ, as lesões não precisam estar expostas a terceiros para serem indenizáveis, bastando a comprovação da **degradação da integridade física** da vítima (STJ, REsp 899.869/MG, Rel. Min. Humberto Gomes de Barros, 3ª Turma, j. 13.02.2007, DJ 26.03.2007).⁵⁴

A **indenização** mede-se pela extensão do dano, nos termos do art. 944 do Código Civil, devendo os magistrados atuar com cautela na quantificação para evitar a formação de uma "indústria de indenizações". Na hipótese de dano estético, deve-se buscar primeiramente a **reparação "in natura"** (nova cirurgia para restabelecimento), e, não sendo possível, a fixação de indenização pecuniária.⁵⁵

⁵¹ Cf. STOCO, 2013.

⁵² Cf. TOMÉ, 2026.

⁵³ Cf. CAVALIERI FILHO, 2010.

⁵⁴ Cf. TOMÉ, 2026.

⁵⁵ Cf. TOMÉ, 2026.

7.2. Nexo de causalidade

O **nexo causal** é o vínculo jurídico que une a conduta do agente ao dano produzido. Não basta a prática de ato ilícito ou a existência de resultado danoso para que o dever de reparar possa ser exigido pela vítima. É indispensável que o dano tenha como causa **direta e imediata** a conduta ilícita do agente. Essa relação de causa e efeito constitui pressuposto inafastável para a reparação ou indenização.⁵⁶

8. Responsabilidade civil do médico por danos causados pela prescrição de medicamentos

8.1. Dever de prescrição e autonomia terapêutica

O atendimento médico ao paciente configura **relação de consumo**, aplicando-se a responsabilidade subjetiva aos danos imputados à conduta profissional, independentemente de o atendimento ocorrer em hospital ou consultório particular. O médico é o único profissional dotado do conhecimento e da técnica necessários para decidir qual medicamento e dosagem são adequados a cada paciente, considerando as peculiaridades individuais. O Código de Ética Médica estabelece que a saúde do ser humano constitui o alvo de toda atenção do médico, que deve agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (art. 2º).⁵⁷

No exercício de sua **autonomia terapêutica**, o médico tem o dever de prescrever tratamentos adequados e medicamentos a serem utilizados pelos pacientes. Para **medicamentos controlados**, deve observar a Portaria 344/98 da ANVISA, cujas regras de prescrição constam do art. 36. Todavia, a obrigação de prescrição correta não se restringe aos controlados, abrangendo qualquer espécie de medicamento, a fim de garantir o **uso racional** e prevenir danos pela utilização inadequada ou excessiva.⁵⁸

Compete ao profissional indicar o medicamento adequado, prescrevendo quantidade, posologia, forma de armazenamento e duração do tratamento, tudo de forma **legível** e com informações completas. Danos causados por falhas na prescrição - seja quanto ao produto, à dosagem, ao período de tratamento ou à forma de armazenamento - poderão ser imputados ao médico. Em contrapartida, a utilização em desacordo com a prescrição (medicamento diverso, dosagem incorreta, armazenamento inadequado) não configura falha do profissional, desde que este tenha fornecido todas as orientações necessárias no receituário.⁵⁹

8.2. Prescrição "off label" e uso experimental

Questão de grande relevância é a responsabilidade civil do médico na prescrição de medicamentos **"off label"**, isto é, para finalidade terapêutica, dosagem ou pessoa diversa da prevista na bula. Nesse caso, o **risco é exclusivo do médico**, sendo imprescindível que o paciente tenha consciência e concorde de forma livre e esclarecida sobre essa utilização. O art. 46 do Código de Ética Médica veda ao profissional efetuar qualquer procedimento sem o **esclarecimento e o consentimento prévios** do paciente ou seu responsável legal, salvo em

⁵⁶ Cf. TOMÉ, 2026.

⁵⁷ Cf. TOMÉ, 2026.

⁵⁸ Cf. TOMÉ, 2026.

⁵⁹ Cf. TOMÉ, 2026.

iminente perigo de vida. O médico deve informar com clareza e precisão sobre todo o tratamento, incluindo reações adversas previsíveis e a eventual ausência de conhecimento científico sobre os efeitos farmacológicos no caso concreto.⁶⁰

Importa destacar que o **consentimento livre e esclarecido** do paciente não constitui causa de exclusão automática da responsabilidade do médico pela utilização "off label", que deverá ser avaliada conforme as peculiaridades de cada caso. Diferencia-se o uso "off label" do uso **experimental**: enquanto o primeiro refere-se a medicamento que já concluiu as fases de pesquisa clínica e teve sua comercialização autorizada para determinado fim, o segundo envolve substância que ainda se encontra em fase de pesquisa, sem autorização para comercialização. No Brasil, a utilização de medicamentos experimentais depende do Conselho Federal de Medicina, nos termos da Resolução nº 1.627/2001, ante a inexistência de regramento específico que autorize o uso por pacientes fora dos ensaios clínicos.⁶¹

Nos termos do art. 12 da Lei nº 6.360/1976, não se admite a prescrição de medicamentos **não registrados na ANVISA**. O médico que prescrever medicamento sem registro assume integralmente o ônus decorrente de sua autonomia terapêutica, especialmente ante a inexistência de garantia de segurança e eficácia pela agência reguladora. Além disso, o profissional deve manter-se em **constante atualização** quanto aos alertas da farmacovigilância, sob pena de responder por danos causados pela omissão em acompanhar informações relevantes sobre reações medicamentosas.⁶²

8.3. Liberdade terapêutica e vedação a interferências externas

O Código de Ética Médica consagra a **liberdade terapêutica** como direito indissociável do exercício profissional, vedando qualquer interferência de laboratórios, indústrias farmacêuticas, direção de clínicas, hospitais ou planos de saúde na conduta prescritiva. Compete exclusivamente ao médico responsável pelo paciente determinar quais medicamentos e exames são necessários, sem se submeter a imposições externas, especialmente aquelas motivadas por interesses econômicos. Danos decorrentes da sujeição a essas imposições recairão sobre o profissional, que é o responsável direto pelas condutas adotadas. O médico não deve permitir, em nenhuma hipótese, tais interferências, podendo comunicar formalmente a situação à direção do estabelecimento ou diretamente ao CFM.⁶³

8.4. Prescrição para paciente alérgico e acompanhamento pós-prescrição

Na hipótese de prescrição de medicamento para paciente **alérgico**, o médico que, no primeiro atendimento, solicita o preenchimento das informações de saúde, incluindo alergias, não poderá ser responsabilizado se o paciente silenciou, inclusive por desconhecer a existência da alergia. Contudo, quando o paciente informa a existência de alergia ou condição como diabetes, e o médico prescreve medicamento incompatível (por exemplo, produto contendo açúcar para diabético), a responsabilidade do profissional é evidente.⁶⁴

O dever médico estende-se ao **acompanhamento** do tratamento após a prescrição, tanto no domicílio quanto no hospital, para verificar a eficácia do medicamento e as possíveis reações adversas. No caso de medicamentos como a **penicilina**, cuja nocividade é conhecida,

⁶⁰ Cf. TOMÉ, 2026.

⁶¹ Cf. TOMÉ, 2026.

⁶² Cf. TOMÉ, 2026.

⁶³ Cf. TOMÉ, 2026.

⁶⁴ Cf. TOMÉ, 2026.

mas cujos benefícios superam os riscos, a administração a paciente alérgico sem realização prévia de teste configura **negligência**, pela omissão em adotar providência capaz de assegurar a segurança do tratamento.⁶⁵

8.5. Medicamento genérico, similar e interações medicamentosas

Quanto à prescrição de medicamento genérico, similar ou referência, a **Resolução nº 391/1999** autoriza o médico, nos serviços privados, a prescrever tanto pelo nome comercial quanto pelo genérico, devendo ressaltar, quando necessário, as restrições à **intercambialidade**. A omissão dessa informação pode ensejar responsabilidade pela ineficácia do tratamento. A mesma lógica se aplica às **interações medicamentosas**: o médico prescritor poderá ser responsabilizado por reações adversas previsíveis decorrentes de interação não advertida ou de uso concomitante com outros medicamentos sem a devida orientação ao paciente.⁶⁶

O art. 52 do Código de Ética Médica proíbe desrespeitar a prescrição de outro médico, salvo em situação de indiscutível benefício ao paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao profissional responsável. Qualquer alteração não autorizada da terapêutica violará o art. 81 do mesmo Código, ensejando responsabilização administrativa e civil pelos danos causados.⁶⁷

9. Responsabilidade civil do médico prestando serviço no hospital

9.1. Atuação como profissional liberal autônomo

O médico, como **profissional liberal**, pode prestar serviços diretamente ao paciente por meio de relação contratual sem vínculo com terceiros. Nessa hipótese, sua responsabilidade será aferida com base na **culpa profissional** (responsabilidade subjetiva), nos termos do art. 14, §4º, do CDC. O paciente deverá comprovar a conduta culposa do médico, geralmente por meio de **prova pericial**, dada a impossibilidade técnica do magistrado para aferir o erro, salvo quando se tratar de erro grosseiro. O ônus da prova variará conforme a obrigação seja de meio ou de resultado.⁶⁸

9.2. A natureza jurídica dos serviços hospitalares

O **hospital** é pessoa jurídica que, com ou sem fins lucrativos, presta serviços médicos, **paramédicos** (medicamentos, instalações, instrumentos, sala de cirurgia, UTI, enfermagem) e de **hospedagem** ao consumidor. Constitui, portanto, fornecedor de serviços, submetido ao CDC. Os serviços de hospedagem equiparam-se aos de hotelaria, abrangendo acomodação, alimentação e cuidados gerais. Quedas do paciente nas dependências do hospital, alimentação contaminada ou em desacordo com prescrições médicas e mau funcionamento de equipamentos são de inteira **responsabilidade objetiva** do hospital.⁶⁹

⁶⁵ Cf. TOMÉ, 2026.

⁶⁶ Cf. TOMÉ, 2026.

⁶⁷ Cf. TOMÉ, 2026.

⁶⁸ Cf. AGUIAR JÚNIOR, 1995.

⁶⁹ Cf. AGUIAR JÚNIOR, 1995.

9.3. Responsabilidade do hospital por erros médicos: a posição do STJ

A controvérsia mais relevante refere-se à espécie de responsabilidade aplicável ao hospital quando os danos decorrem de **erro médico**. Deve-se analisar a natureza do vínculo entre o profissional e o hospital: empregado, preposto ou autônomo. Quando o médico atua de forma autônoma, com relação "intuitu personae" com o paciente, incide a responsabilidade **subjéctiva** prevista no art. 14, §4º, do CDC. O mesmo se aplica ao profissional liberal que utiliza as dependências hospitalares para procedimentos.⁷⁰

Prevalece no **STJ** o entendimento de que a responsabilidade do hospital por danos decorrentes dos **serviços hospitalares** propriamente ditos (hospedagem e paramédicos) é **objetiva**. Contudo, quando os danos decorrem de **serviços médicos**, a responsabilidade do hospital dependerá da comprovação da culpa do profissional, nos termos do art. 14, §4º, do CDC. Essa orientação fundamenta-se na compreensão de que admitir a responsabilidade objetiva do hospital por erros médicos equivaleria a transformar a obrigação do médico em obrigação de resultado, o que é inadmissível diante da inexatidão inerente à medicina. O **STJ** consolidou que o hospital responde **solidariamente** com o médico apenas quando comprovada a culpa profissional (STJ, REsp 1.145.728/MG, Rel. Min. João Otávio de Noronha, 4ª Turma, j. 28.06.2011, DJe 08.09.2011; STJ, REsp 1.662.845/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, 3ª Turma, j. 22.03.2018, DJe 26.03.2018).⁷¹

Um caso típico é o atendimento em **pronto-socorro**, no qual o paciente busca assistência sem escolher ou contratar pessoalmente o médico. É comum que hospitais contratem sociedades civis compostas por médicos para integrar o corpo clínico do pronto-socorro, criando a aparência de pessoas jurídicas autônomas. Todavia, deverá sempre ser comprovada a **culpa do médico** para que surja o dever do hospital de responder pelos danos, pois a atuação médica, independentemente da modalidade contratual, é subjéctiva, uma vez que o profissional não assegura resultado.⁷²

• Lógica do tema: responsabilidade civil médica

A **responsabilidade civil médica** estrutura-se sobre uma lógica que articula fundamentos históricos, normativos e principiológicos em um sistema coerente. A base do sistema reside no princípio "neminem laedere" - a obrigação universal de não causar dano a outrem -, que fundamenta o dever secundário e sucessivo de reparação sempre que a conduta profissional produzir lesão ao paciente. A **responsabilidade subjéctiva** constitui a regra geral, exigindo a comprovação da culpa em qualquer de suas modalidades (negligência, imprudência ou imperícia), o que decorre do respeito à dignidade do profissional e da compreensão de que ninguém pode ser obrigado a reparar sem ter concorrido culposamente para o dano.

A relação médico-paciente é, em regra, **contratual** e de natureza "sui generis", porque transcende a simples prestação de serviços ao incorporar deveres acessórios de informação, aconselhamento e proteção. A obrigação assumida pelo profissional é, como regra, **de meio** - o médico se compromete a empregar diligência, conhecimento técnico e todos os recursos disponíveis, sem garantir a cura. Excepcionalmente, em cirurgias plásticas, a jurisprudência reconhece a **obrigação de resultado**. Essa distinção é decisiva para a distribuição do ônus

⁷⁰ Cf. TOMÉ, 2026.

⁷¹ Cf. TOMÉ, 2026.

⁷² Cf. TOMÉ, 2026.

probatório: na obrigação de meio, cabe ao paciente demonstrar a culpa; na de resultado, a culpa é presumida, invertendo-se o encargo.

O sistema prevê a incidência do **CDC** nas relações entre médico e paciente, o que garante mecanismos de proteção ao consumidor (inversão do ônus da prova, reparação integral, solidariedade), sem, contudo, afastar a exigência de culpa para o profissional liberal. A convivência entre CDC e Código Civil forma um arcabouço que protege o paciente vulnerável sem desconsiderar a natureza intelectual e as incertezas inerentes à atividade médica. O **hospital** responde objetivamente por seus serviços paramédicos e de hospedagem, mas a responsabilização por erros médicos depende da comprovação da culpa profissional, evitando-se a transformação artificial da obrigação de meio em obrigação de resultado.

A **prescrição de medicamentos** insere-se nessa lógica como extensão da autonomia terapêutica do médico, que assume responsabilidade por todas as etapas - desde a escolha do fármaco até o acompanhamento das reações. O uso "off label" e experimental agrava essa responsabilidade, exigindo consentimento informado sem, contudo, exonerar automaticamente o profissional. O sistema encerra-se com o reconhecimento de que o **erro médico** é inerente à falibilidade humana e às limitações da ciência, motivo pelo qual somente o erro inescusável - aquele injustificável, grosseiro, que não seria cometido por profissional diligente nas mesmas condições - enseja o dever de reparação.

- **Quadro sinótico**

Tema	Explicação
Responsabilidade civil médica	Dever jurídico secundário de reparar danos causados ao paciente em decorrência de conduta profissional culposa, fundado no princípio "neminem laedere".
Natureza da responsabilidade	Subjetiva, exigindo comprovação da culpa do profissional (negligência, imprudência ou imperícia), nos termos do art. 14, §4º, do CDC e dos arts. 186, 927 e 951 do CC/2002.
Legislação aplicável	CDC (relação de consumo) e Código Civil de 2002. O CDC é aplicado como diploma principal segundo o entendimento majoritário e o STJ.
Natureza da relação médico-paciente	Contratual, como regra, podendo excepcionalmente ser extracontratual (atendimento em via pública, viagem ou aeronave).
Contrato "sui generis"	A relação transcende a locação de serviços simples, incorporando deveres acessórios de informação, aconselhamento e proteção ao paciente.
Obrigação de meio	Regra geral. O médico compromete-se com a atuação diligente e o emprego de todos os recursos disponíveis, sem garantir a cura.
Obrigação de resultado	Exceção aplicável à cirurgia plástica (estética e reparadora), segundo o STJ. O profissional compromete-se com resultado satisfatório.
Ônus da prova - obrigação de meio	Compete ao paciente comprovar a conduta culposa do médico.
Ônus da prova - obrigação de resultado	A culpa do médico é presumida. Cabe ao profissional demonstrar excludente de responsabilidade. A responsabilidade permanece subjetiva.
Negligência	Modalidade de culpa por conduta omissiva. Falta de cuidado, atenção ou diligência esperados do profissional. Exemplo:

	demora no diagnóstico, esquecimento de objeto no corpo do paciente.
Imprudência	Modalidade de culpa por conduta comissiva precipitada e sem cautela. Exemplo: atuação intempestiva que desconsidera riscos previsíveis.
Imperícia	Modalidade de culpa por erro técnico profissional. Conhecimento deficiente ou despreparo técnico. Exemplo: perfuração de órgão durante cesárea.
Erro médico - escusável	Erro justificável que decorre das incertezas e limitações inerentes à ciência médica, sem configurar culpa profissional.
Erro médico - inescusável	Erro injustificável, praticado por negligência, imprudência ou imperícia, que enseja responsabilidade civil pelos danos causados.
Erro de diagnóstico	Identificação equivocada ou ausência de identificação da enfermidade. Somente gera responsabilidade se grosseiro.
Erro de procedimento	Diagnóstico correto, porém com escolha inadequada da técnica terapêutica.
Erro no procedimento	Diagnóstico e técnica corretos, mas execução defeituosa.
Erro profissional	Conduta médica correta com técnica inadequada. Escusável, decorre das imperfeições da ciência.
Dano médico (iatrogenia)	Alteração patológica provocada no paciente por tratamento de qualquer natureza. Pode ser patrimonial (danos emergentes e lucros cessantes) ou extrapatrimonial (dano moral e estético).
Dano estético	Direito autônomo em relação ao dano moral. Cumulável quando passíveis de apuração separada (Súmula 387/STJ).
Nexo causal	Vínculo jurídico entre a conduta do agente e o dano. O dano deve ter como causa direta e imediata a conduta ilícita.
Prescrição de medicamentos	O médico responde por falhas na prescrição (produto, dosagem, posologia, armazenamento). Deve prescrever de forma legível e com informações completas.
Uso "off label"	Prescrição para finalidade, dosagem ou pessoa diversa da prevista na bula. Risco exclusivo do médico. Exige consentimento livre e esclarecido, sem excluir automaticamente a responsabilidade.
Uso experimental	Substância em fase de pesquisa clínica, sem autorização de comercialização. Responsabilidade integral do médico prescritor.
Medicamento não registrado na ANVISA	Vedada a prescrição (art. 12, Lei 6.360/1976). O médico assume integralmente os riscos.
Liberdade terapêutica	Direito indissociável do exercício da medicina. Vedada interferência de laboratórios, hospitais ou planos de saúde na conduta prescritiva.
Responsabilidade do hospital	Objetiva para serviços paramédicos e de hospedagem. Para serviços médicos, depende da comprovação da culpa do profissional (STJ).
Solidariedade hospital-médico	O hospital responde solidariamente apenas quando comprovada a culpa médica, nos termos do CDC.

Cirurgia plástica estética	Obrigação de resultado, segundo o STJ. Culpa presumida quando o resultado satisfatório não é alcançado.
Cirurgia plástica reparadora	Obrigação de resultado, segundo o STJ, com mesma lógica da cirurgia estética.
Médico anestesista	Obrigação de meio (entendimento majoritário). Responsabilidade aut�noma por danos nas fases pré e p�s-operatória. Culpa "in eligendo" por erros de auxiliares.
Consentimento livre e esclarecido	Dever �tico e legal do médico. Deve abranger diagnóstico, prognóstico, riscos, benefícios e efeitos de medicamentos e tratamentos.
Prevenção	Melhor caminho para evitar danos e ações judiciais. Pressupõe serviç�os de qualidade, respeito, lealdade e humanidade no trato com o paciente.

• **Tabela de precedentes (STJ)**

Precedente	Dados e razão de decidir
STJ, REsp 731.078/SP	Rel. Min. Castro Filho, 3 ^a Turma, j. 13.12.2005, DJ 13.02.2006. Reconheceu que a relação entre médico e paciente configura relação de consumo, regida pelo CDC.
STJ, REsp 1.104.665/RS	Rel. Min. Massami Uyeda, 4 ^a Turma, j. 09.06.2009, DJe 04.08.2009. Firmou que a relação entre médico e paciente possui natureza contratual, como regra.
STJ, REsp 1.540.580/DF	Rel. Min. Lázaro Guimarães, 4 ^a Turma, j. 02.08.2018, DJe 04.09.2018. Reconheceu que a relação contratual médico-paciente tem por objeto prestação de serviç�os especial, com deveres anexos, notadamente o dever de informação e o consentimento livre e esclarecido.
STJ, REsp 1.051.674/RS	Rel. Min. Massami Uyeda, 3 ^a Turma, j. 03.02.2009, DJe 24.09.2009. Consolidou que a obrigação do médico é, como regra, de meio, não se obrigando à cura, mas ao emprego de diligência e recursos disponíveis.
STJ, AgInt no AREsp 2506337	Rel. Min. João Otávio de Noronha, 4 ^a Turma, j. 24.03.2025, DJEN 28.03.2025. Qualificou a obrigação do cirurg�o plástico como de resultado, tanto para cirurgia estética quanto reparadora.
STJ, REsp 1.662.338/SP	Rel. Min. Nancy Andrighi, 3 ^a Turma, j. 12.12.2017, DJe 02.02.2018. Analisou o erro de diagnóstico, afirmando que somente o erro grosseiro gera responsabilidade civil do médico, considerando a falibilidade humana e a inexatidão da medicina.
STJ, REsp 910.794/RJ	Rel. Min. Denise Arruda, 1 ^a Turma, j. 21.10.2008, DJe 04.12.2008. Admitiu a cumulação de danos morais e est�ticos quando, decorrentes do mesmo fato, sejam passíveis de identificação separada.
STJ, REsp 899.869/MG	Rel. Min. Humberto Gomes de Barros, 3 ^a Turma, j. 13.02.2007, DJ 26.03.2007. Firmou que as lesões não precisam estar expostas a terceiros para serem indenizáveis como dano est�tico, bastando a degradação da integridade física.
STJ, REsp 1.145.728/MG	Rel. Min. João Otávio de Noronha, 4 ^a Turma, j. 28.06.2011, DJe 08.09.2011. Consolidou que a responsabilidade do hospital por

	danos de serviços hospitalares é objetiva, mas a responsabilização por erros médicos depende da comprovação da culpa do profissional.
STJ, REsp 1.662.845/SP	Rel. Min. Nancy Andrichi, 3ª Turma, j. 22.03.2018, DJe 26.03.2018. Reafirmou que o hospital responde solidariamente com o médico empregado apenas quando comprovada a culpa profissional, nos termos do CDC.
STJ, Súmula 37	Admite a cumulação de indenizações por dano material e dano moral decorrentes do mesmo fato.
TJSP, Apelação 0101376- 11.2009.8.26.0100	8ª Câmara de Direito Privado, Rel. Theodureto Camargo, j. 12.11.2014, DJe 04.12.2014. Reconheceu imperícia médica na hipótese de obstetra que, em parto com fórceps, causou traumatismo craniano no recém-nascido.

• Referências

- AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado de. Responsabilidade civil do médico. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, n. 718/41, 1995.
- CASADO, Esther Monterroso. Diligencia médica y responsabilidad civil. Disponível em: <http://www.asociacionabogadosrcs.org/doctrina/Diligencia%20Medica%20y%20R.%20Civil.PDF>. Acesso em: 13 fev. 2026.
- CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de responsabilidade civil*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- DIAS, José de Aguiar. *Da responsabilidade civil*. 2. ed. t. I e II. Rio de Janeiro: Forense, 1950.
- FARAH, Elias. Contrato profissional médico-paciente: reflexões sobre obrigações básicas. *Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo - RIASP*, São Paulo, n. 23, jan./jun. 2009.
- FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.
- GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito civil brasileiro: responsabilidade civil*. 8. ed. v. 4. São Paulo: Saraiva, 2013.
- KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade civil do médico*. 8. ed. São Paulo: RT, 2013.
- KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade civil dos hospitais*. 2. tir. São Paulo: RT, 2010.
- MELO, Nehemias Domingos de. *Responsabilidade civil por erro médico: doutrina e jurisprudência*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- PENTEADO, Luciano de Camargo; FIGUEIREDO, Fábio Vieira. Obrigações. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore (Coord.). *Obrigações*. São Paulo: s.e., s.d.
- POLICASTRO, Décio. *Erro médico e suas consequências jurídicas*. 4. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.
- RIZZARDO, Arnaldo. *Responsabilidade civil*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.
- STOCO, Rui. *Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência*. 9. ed. t. I e II. São Paulo: RT, 2013.
- TOMÉ, Patrícia Rizzo. *Minibooks: responsabilidade civil: responsabilidade civil médica: diagnóstico, tratamento e prescrição*. 1. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2026.
- UDELSMANN, Artur. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, s.d.
- ZULIANI, Ênio Santarelli. Inversão do ônus da prova na ação de responsabilidade civil fundada em erro médico. In: *Doutrinas essenciais: responsabilidade civil*. v. V. São Paulo: RT, 2010.