www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/fbtnr441

Erro médico e responsabilidade civil: dever de informação, consentimento informado e prova pericial na jurisprudência do STJ

Medical malpractice and civil liability: duty to inform, informed consent and expert evidence in the case law of the Superior Court of Justice

Hamilton Rodrigues da Silva Fernandes Pinheiro[1]
Luciano do Valle[2]
Pedro Henrique Oliveira[3]
Marina Teodoro[4]
Vitor Martins Cortizo[5]
Rafael Rodrigues Alves[6]
Marcus Vinícius Silva Coelho[7]
Ana Paula Veloso de Assis Sousa[8]

[1]Graduando em Direito pela Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás, Brasil. E-mail: Hamilton_rsilva@outlook.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8233-1546.
[2]Graduado em Direito, pós-graduado em Direito Civil e mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente pela Universidade Evangélica de Goiás. Docente da Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás, Brasil. E-mail: luciano.valle@docente.unievangelica.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-2655-9594.
[3]Especialista em Docência Universitária. Docente da Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás, Brasil. E-mail: Pedro.oliveira@docente.unievangelica.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-6493-643X.
[4]Graduada em Direito, especialista em Advocacia Trabalhista, mestre e doutora em Ciências Ambientais. Docente da Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás, Brasil. E-mail: marina.teodoro@docente.unievangelica.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-4001-2900.
[5]Especialista pela Escola da Magistratura do Estado do Paraná, Campus Umuarama, Paraná, Brasil. Docente da Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás, Brasil. E-mail: vitor.cortizo@docente.unievangelica.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-4064-2556.
[6]Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente pela Universidade Evangélica de Goiás. Docente na Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás, Brasil. E-mail: rafaelralvesadv@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-6378-9208.
[7]Mestre em Língua, Literatura e Interculturalidade pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), em 2024. Docente na Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás, Brasil. E-mail: hdmarcus@hotmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-5217-5769.
[8]Mestre em Ciências Ambientais. Docente da Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás, Brasil. E-mail: ana.sousa@docente.unievangelica.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-9907-9258.

Resumo
O estudo examina em quais situações uma alegação de erro médico pode levar à responsabilização civil, considerando a informação oferecida ao paciente, a validade do consentimento e as provas disponíveis. A questão investigada é quais critérios o Judiciário utiliza para reconhecer ou afastar o dever de indenizar, sobretudo diante de dúvidas sobre culpa, nexo causal e regularidade do atendimento. Para responder a essa questão, realizou-se pesquisa qualitativa, jurídico-normativa, bibliográfica e documental, com consulta à legislação, às normas do Conselho Federal de Medicina, à doutrina e aos julgados selecionados do STJ. O exame diferencia a falha profissional do insucesso terapêutico e das consequências inerentes ao tratamento. Os materiais analisados indicam que um resultado desfavorável, isoladamente, não demonstra responsabilidade: é preciso considerar a conduta, o dano, a causalidade e os requisitos de imputação aplicáveis. Também se verificou que a falta de informação pode constituir uma falha própria, mesmo quando não se identifica erro técnico. Conclui-se que a perícia, o prontuário e os registros do consentimento ajudam a reconstruir o atendimento e a avaliar tanto o cuidado prestado quanto o respeito à decisão do paciente.

Palavras-chave: Erro médico; Responsabilidade civil; Consentimento informado; Prova pericial; Superior Tribunal de Justiça.

Abstract
The study examines when an allegation of medical malpractice may give rise to civil liability, taking into account the information provided to patients, the validity of consent, and the available evidence. It asks which criteria courts use to establish or reject a duty to compensate, particularly where fault, causation, or the adequacy of care is disputed. A qualitative, legal-normative review was undertaken using legal scholarship, legislation, Federal Council of Medicine rules, and selected Superior Court of Justice decisions. The analysis distinguishes professional misconduct from unsuccessful treatment and risks inherent in medical care. The materials reviewed indicate that an adverse outcome alone does not establish liability: the conduct, harm, causal link, and applicable grounds for attribution must be assessed. They also show that inadequate disclosure may constitute a separate breach even in the absence of a technical error. Expert reports, medical records, and documentation of consent are therefore essential to reconstructing the care provided and assessing both professional diligence and respect for patients' decisions.

Keywords: Medical malpractice; Civil liability; Informed consent; Expert evidence; Superior Court of Justice.

1 Introdução

A responsabilidade civil por erro médico envolve uma pergunta que nem sempre pode ser respondida apenas pelo resultado do tratamento: o prejuízo sofrido pelo paciente decorreu de falha atribuível ao profissional ou de uma circunstância própria da assistência? O estudo examina essa questão considerando a conduta médica, as informações transmitidas, o consentimento e as provas que permitem reconstituir o atendimento.

A atividade médica envolve riscos, limites da ciência, reações diferentes de cada organismo e decisões tomadas conforme as condições do atendimento, por isso é preciso distinguir o erro médico indenizável do insucesso terapêutico, da iatrogenia e dos riscos próprios do tratamento, sem responsabilizar automaticamente o profissional e sem afastar a responsabilidade quando houver negligência, imprudência, imperícia ou falha no serviço de saúde (Kfouri Neto, 2024).

A relação médico-paciente envolve a técnica utilizada no atendimento e também a forma como o profissional explica ao paciente sua condição de saúde, os riscos do procedimento, os benefícios esperados, as alternativas possíveis e as consequências de uma eventual recusa. Essas informações permitem que o paciente participe da decisão de maneira livre e consciente, já que o esclarecimento integra a validade da sua escolha e não deve ser tratado como simples formalidade (Facchini Neto; Eick, 2016).

O Código de Defesa do Consumidor garante ao paciente o direito de receber informações claras sobre os serviços de saúde e seus riscos, e o Código Civil permite a reparação quando houver dano decorrente de ato ilícito. O Estatuto dos Direitos do Paciente também fortalece essa proteção ao assegurar a participação da pessoa nas decisões sobre seus cuidados, o acesso a informações suficientes e compreensíveis, a possibilidade de segunda opinião e o consentimento informado livre de coerção.

Ante o exposto, o problema que orienta esta pesquisa é “quais critérios o Poder Judiciário brasileiro tem utilizado para reconhecer ou afastar a responsabilidade civil em casos de alegado erro médico, quanto à culpa, ao dever de informação, ao consentimento informado e à prova pericial ou documental?” A partir dessa questão, busca-se compreender como a conduta técnica, a comunicação com o paciente, o prontuário, a prova pericial e a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça influenciam a configuração do dever de indenizar.

O objetivo geral da pesquisa é analisar os critérios jurídicos utilizados para reconhecer ou afastar a responsabilidade civil por erro médico, com atenção ao dever de informação, ao consentimento informado, à prova pericial, ao prontuário médico e aos parâmetros adotados pelo Superior Tribunal de Justiça. Como objetivos específicos, pretende-se delimitar o conceito jurídico de erro médico e sua distinção em relação ao insucesso terapêutico e à iatrogenia; examinar a diferença entre obrigação de meio e obrigação de resultado; analisar as consequências

jurídicas da falha informacional; e verificar como a prova pericial, o prontuário e os julgados do STJ contribuem para a definição da responsabilidade civil.

2 Revisão da Literatura

2.1 Erro médico, culpa profissional e dever de indenizar

A responsabilidade civil por erro médico exige uma análise cuidadosa, porque a ocorrência de um resultado negativo no tratamento, no diagnóstico ou em um procedimento não significa, por si só, que houve uma conduta médica indenizável. Kfouri Neto (2024) explica que a atividade médica não pode ser compreendida como promessa absoluta de cura, uma vez que o profissional, em regra, assume o dever de empregar os meios técnicos adequados ao caso, e não de assegurar, em qualquer circunstância, o resultado pretendido pelo paciente.

Essa compreensão é importante porque impede que a responsabilidade civil seja construída apenas a partir da frustração causada pelo agravamento do quadro clínico, pela ausência de cura ou pela ocorrência de uma complicação. Cavalieri Filho (2026) destaca que o dever de indenizar depende da presença de elementos como conduta, dano, nexo causal e fator de imputação, de modo que a análise jurídica precisa identificar se o prejuízo suportado pelo paciente decorreu de uma falha atribuível ao profissional ou ao serviço de saúde.

Para França (2021), a caracterização do erro médico depende da identificação de negligência, imprudência ou imperícia relacionada ao dano. É por isso que a investigação precisa recuperar as decisões tomadas durante o atendimento e as condições em que ocorreram, em vez de tomar o resultado indesejado como demonstração suficiente de culpa.

A imprudência, por sua vez, está relacionada a uma conduta precipitada ou arriscada, praticada sem a cautela exigida pelas circunstâncias do caso. Melo (2024) explica que a avaliação da imprudência deve levar em conta o contexto em que a decisão foi tomada, pois uma intervenção realizada sem a devida avaliação clínica, sem exames indispensáveis ou sem observância dos riscos previsíveis pode revelar uma atuação incompatível com o padrão de cuidado esperado na atividade médica.

Quando a falha decorre de conhecimento ou habilidade técnica insuficiente para o ato realizado, discute-se a imperícia. França (2021) ressalta que uma complicação, por si, não comprova essa deficiência. É necessário verificar qual preparo era exigido, como o procedimento foi executado e se a atuação efetivamente ficou aquém do padrão técnico aplicável.

Embora a doutrina utilize essas três categorias para explicar a culpa médica, a identificação da responsabilidade não pode ser feita de forma mecânica. Kfouri Neto (2024) chama atenção para o fato de que o atendimento médico precisa ser avaliado conforme as informações disponíveis no momento da conduta, e não apenas com base no conhecimento posterior do desfecho. Essa observação é especialmente importante porque, depois de ocorrido o dano, pode parecer evidente uma solução que não era tão clara no momento em que o profissional precisou decidir.

O insucesso terapêutico diferencia-se do erro médico porque representa um resultado desfavorável possível mesmo quando a conduta profissional foi adequada, já que o médico não garante a cura, mas a aplicação cuidadosa dos conhecimentos científicos disponíveis, de modo que a ausência de melhora, a evolução negativa da doença ou uma complicação conhecida não bastam, por si só, para reconhecer a responsabilidade civil (Kfouri Neto, 2024).

A iatrogenia exige uma distinção semelhante, pois a própria intervenção pode produzir uma consequência desfavorável mesmo quando foi indicada e executada corretamente. França (2021) observa que há riscos e complicações ligados ao tratamento que não se confundem com culpa médica. Nesses casos, também importa saber se o paciente conhecia os riscos pertinentes antes de concordar com a intervenção.

O diálogo entre erro médico, iatrogenia e dever de informação demonstra que a responsabilidade civil não depende apenas da análise técnica do procedimento, mas também da forma como o paciente foi esclarecido sobre riscos, benefícios e alternativas. Facchini Neto e Eick (2016) afirmam que a falha no dever de informação pode configurar inadimplemento próprio, ainda que a técnica médica empregada não tenha sido inadequada. Essa leitura amplia a compreensão do erro médico, pois mostra que a violação do dever de informar também pode afetar a validade da decisão tomada pelo paciente.

2.2 Obrigação de meio, obrigação de resultado e pressupostos da responsabilidade

A distinção entre obrigação de meio e obrigação de resultado é importante na responsabilidade civil médica porque orienta a análise da conduta do profissional e da expectativa do paciente, já que, na obrigação de meio, o médico deve agir com diligência, prudência e técnica adequada, sem garantir um resultado específico, enquanto, na obrigação de resultado, a prestação

está ligada ao alcance de uma finalidade determinada, cuja frustração pode influenciar a avaliação do inadimplemento.

Cavalieri Filho (2026) explica que, nas obrigações de meio, a responsabilidade não decorre simplesmente da ausência do resultado pretendido, mas da demonstração de que o devedor não empregou a diligência exigida na execução da prestação. Essa compreensão se ajusta à maior parte da atividade médica, pois o profissional não controla integralmente a reação do organismo, a evolução da doença ou as intercorrências que podem surgir durante o tratamento.

Kfouri Neto (2024) sustenta que a obrigação assumida pelo médico é, em regra, de meio, pois a medicina não permite assegurar cura, melhora ou ausência de complicações em todos os casos. O médico deve atuar com observância da técnica adequada, dos conhecimentos disponíveis e dos deveres éticos da profissão, mas não pode ser responsabilizado apenas porque o tratamento não alcançou o resultado esperado pelo paciente.

Melo (2024) reforça que a obrigação de meio não significa enfraquecimento da proteção do paciente, mas apenas define que a análise da responsabilidade deve recair sobre a qualidade da conduta médica. Assim, mesmo sem promessa de resultado, o profissional pode responder civilmente quando atua com negligência, imprudência ou imperícia, quando deixa de acompanhar adequadamente o quadro clínico ou quando falha na prestação de informações necessárias à decisão do paciente.

A obrigação de resultado aparece de forma mais restrita na atividade médica e costuma ser discutida com maior frequência em procedimentos de natureza estética, nos quais o paciente busca uma modificação corporal específica e, muitas vezes, contrata o serviço a partir de uma expectativa mais objetiva.

Nos procedimentos estéticos, a expectativa de um resultado específico não elimina as particularidades biológicas de cada paciente. A frustração com o resultado, portanto, precisa ser examinada à luz do que foi efetivamente contratado, da conduta médica e das informações prestadas. Também se devem considerar os riscos inerentes e possíveis fatores que tenham interferido na evolução do procedimento, antes de concluir pela existência de responsabilidade.

A diferença entre obrigação de meio e obrigação de resultado também repercute no modo como se distribui o ônus argumentativo e probatório no processo. Nas obrigações de meio, não basta ao paciente demonstrar que não obteve cura ou melhora, sendo necessário indicar de que maneira a conduta médica teria se afastado do cuidado técnico exigido e como essa falha teria

contribuído para o dano alegado. Nas obrigações de resultado, a frustração do resultado contratado pode exigir do profissional uma explicação mais consistente sobre a causa do insucesso, sem eliminar, contudo, a análise do dano, do nexo causal e das circunstâncias do atendimento.

O Código de Defesa do Consumidor prevê que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais depende da verificação de culpa, conforme o art. 14, § 4º (Brasil, 1990). Essa regra é importante porque, mesmo quando a relação médico-paciente se insere em uma lógica de consumo, a responsabilização do médico, enquanto profissional liberal, não se afasta da análise de negligência, imprudência ou imperícia. Hospitais, clínicas e demais estabelecimentos de saúde podem responder quando o dano estiver ligado a defeito na prestação do serviço, falha de organização, deficiência de equipamentos, ausência de equipe adequada ou problemas estruturais no atendimento, pois, nesses casos, a análise não se limita à culpa pessoal do médico e envolve a qualidade do serviço oferecido ao paciente e a segurança da assistência prestada.

A responsabilidade civil médica, como regra, depende da presença de conduta, dano, nexo causal e culpa, pois não basta que o paciente tenha sofrido um prejuízo para que surja automaticamente o dever de indenizar. Cavalieri Filho (2026) explica que a responsabilidade civil se estrutura a partir da violação de um dever jurídico, da ocorrência de dano e da relação de causalidade entre a conduta e o prejuízo, elementos que precisam ser demonstrados para que a reparação seja juridicamente possível.

A culpa, na responsabilidade médica, deve ser compreendida a partir do descumprimento do padrão de cuidado esperado do profissional, considerando as circunstâncias concretas do atendimento. Melo (2024) observa que a avaliação da culpa médica não pode ser feita de forma genérica, pois exige a comparação entre a conduta adotada é aquela que seria razoavelmente esperada de um profissional diligente diante do mesmo quadro clínico, dos mesmos recursos disponíveis e do mesmo grau de urgência.

O dano pode aparecer de diferentes maneiras: lesão física, agravamento clínico, repercussão estética, despesas adicionais ou perda de uma oportunidade terapêutica, além de prejuízos morais. Gagliano e Pamplona Filho (2026) situam a existência de dano entre os requisitos do dever de indenizar. Assim, a descrição do sofrimento ou do desfecho precisa ser acompanhada da identificação do prejuízo juridicamente reparável.

Nas demandas médicas, estabelecer o nexo causal costuma ser difícil porque o desfecho pode resultar da doença, de condições anteriores, da resposta individual ao tratamento ou de outras circunstâncias. Conforme Cavalieri Filho (2026), a causalidade permite verificar se determinado dano pode ser atribuído juridicamente à conduta examinada. Essa ligação não deve ser presumida apenas pela proximidade temporal entre o atendimento e o resultado.

Na relação médico-paciente, também é necessário considerar que a responsabilidade pode envolver diferentes sujeitos. O médico, como profissional liberal, responde pessoalmente mediante verificação de culpa, conforme o art. 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990). O hospital ou a clínica, por sua vez, pode responder por defeitos na prestação do serviço, falhas de organização, ausência de condições adequadas de atendimento ou condutas de seus prepostos, conforme a natureza da relação estabelecida e a causa do dano.

2.3 Dever de informação e autonomia do paciente

Na responsabilidade civil médica, não basta verificar se houve erro no diagnóstico ou no tratamento, pois também é necessário saber se o paciente recebeu informações claras sobre riscos, benefícios e alternativas e pôde decidir de forma livre e consciente sobre o próprio cuidado.

Kfouri Neto (2024) entende que o dever de informar acompanha a atividade médica e permite ao paciente avaliar as consequências do tratamento proposto. A informação, nesse sentido, não constitui uma formalidade acrescentada ao atendimento, mas uma condição para que a decisão seja tomada com liberdade e conhecimento suficiente.

Facchini Neto e Eick (2016) relacionam esse dever à boa-fé objetiva, que impõe às partes condutas de lealdade, cooperação e transparência durante a relação jurídica. Para os autores, a informação deficiente pode comprometer o consentimento e configurar descumprimento de um dever próprio, ainda que a técnica empregada pelo médico não tenha sido inadequada.

O art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor garante informações adequadas e claras sobre os serviços prestados e os riscos que eles possam apresentar (Brasil, 1990). Na assistência médica, essa garantia procura diminuir a desvantagem informacional do paciente, para que sua decisão não seja baseada em explicações incompletas, imprecisas ou difíceis de compreender.

Segundo Melo (2024), o esclarecimento precisa considerar tanto as circunstâncias do atendimento quanto a capacidade de compreensão do paciente. O uso de termos técnicos ou a

entrega de documentos extensos, sem uma explicação adequada, não satisfaz esse dever, já que a informação somente tem utilidade quando é realmente compreendida.

A Resolução CFM nº 2.217/2018 reforça essa orientação ao vedar que o médico deixe de obter o consentimento após esclarecer o paciente sobre o procedimento, salvo nas hipóteses de risco iminente de morte (CFM, 2019). O Código de Ética Médica também protege o direito de decidir livremente, de receber explicações sobre diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento e de ter suas escolhas respeitadas.

Com a instituição do Estatuto dos Direitos do Paciente pela Lei nº 15.378/2026, a participação da pessoa nas decisões sobre seus cuidados e seu plano terapêutico recebeu proteção legal expressa (Brasil, 2026a). O texto determina que as informações sejam acessíveis, atualizadas e suficientes, para que a escolha do paciente se apoie em elementos que ele consiga compreender e avaliar.

O paciente também precisa ter oportunidade de perguntar e avaliar as alternativas antes de decidir, conforme as condições do atendimento. A Lei nº 15.378/2026 contempla a segunda opinião e o tempo necessário à decisão, ressalvadas as situações de emergência em que a demora possa agravar o quadro (Brasil, 2026a). O cuidado com esse intervalo é particularmente importante quando o procedimento é invasivo ou oferece opções distintas.

Depois de receber os esclarecimentos necessários e demonstrar capacidade para decidir, o paciente pode recusar a conduta proposta como expressão de sua autonomia. O art. 15 do Código Civil reforça essa proteção ao impedir que alguém seja constrangido a se submeter, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica (Brasil, 2002).

A Recomendação CFM nº 1/2016 orienta que os esclarecimentos alcancem justificativas, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações, duração, cuidados e outros aspectos específicos do procedimento (CFM, 2016). O documento também ressalta que os termos científicos, quando necessários, devem vir acompanhados de explicações acessíveis.

3 Metodologia

A pesquisa possui abordagem qualitativa, natureza jurídico-normativa e finalidade exploratória e descritiva, sendo desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica e documental (Gil, 2019). A pesquisa bibliográfica envolve obras e artigos sobre responsabilidade civil, erro médico, dever de informação, consentimento informado e prova. A pesquisa documental abrange

legislação, normas do Conselho Federal de Medicina e decisões selecionadas do Superior Tribunal de Justiça (Marconi; Lakatos, 2017).

A seleção das fontes foi feita a partir da relação direta com o tema e com o problema de pesquisa, priorizando doutrinas, normas e julgados do STJ sobre erro médico, dever de informação, prova pericial, prontuário, responsabilidade hospitalar e perda de uma chance, organizados em eixos como culpa médica, consentimento informado, documentação clínica, ônus da prova e critérios decisórios do Tribunal (Bardin, 2016).

4 Resultados e Discussão

4.1 Consentimento informado e consequências de sua ausência

O consentimento informado somente se forma quando o paciente recebe os esclarecimentos necessários, compreende o que lhe foi apresentado e manifesta sua escolha com liberdade. Por isso, deve haver condições reais para aceitar, recusar ou interromper a conduta proposta.

Castro et al. (2020) relacionam o consentimento à autonomia pessoal e destacam que o termo deve apresentar informações sobre diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento. Os autores também identificam dificuldades relacionadas à linguagem e à forma de apresentação do documento, principalmente quando ele é utilizado mais como proteção jurídica do profissional do que como meio de comunicação com o paciente.

O formulário assinado pode demonstrar que houve um registro da escolha, mas não esclarece sozinho como ela foi construída. Se as explicações chegam apenas pouco antes da intervenção, sem espaço para perguntas, não é possível concluir pela simples assinatura que o paciente compreendeu os riscos e as alternativas. O consentimento precisa ser observado também pelo diálogo que o antecedeu e pela clareza das informações transmitidas.

A Recomendação CFM nº 1/2016 admite que o consentimento seja obtido verbalmente em muitos atendimentos, com o devido registro no prontuário, e recomenda a forma escrita nos procedimentos de maior complexidade ou invasividade (CFM, 2016). Essa orientação confirma que o valor do consentimento está no processo comunicativo, embora a documentação seja importante para demonstrar como ele ocorreu.

A Lei nº 15.378/2026 assegura o consentimento informado sem coerção e permite que ele seja retirado a qualquer momento, sem represálias (Brasil, 2026a). A possibilidade de revogação

mostra que a decisão não fica limitada ao instante da assinatura, pois alterações no quadro, novas informações ou uma mudança de vontade podem levar o paciente a reconsiderar o tratamento.

O consentimento deve ser compreendido a partir do atendimento realizado, e não somente do documento guardado no prontuário. O que foi explicado, o momento da conversa e a liberdade para aceitar ou recusar a proposta são dados que ajudam a avaliar a validade da escolha. Quando surgem dúvidas sobre informação insuficiente, esses mesmos elementos passam a integrar a análise da responsabilidade civil.

Uma informação incompleta pode interferir na própria escolha do paciente. Se ele desconhece riscos importantes, alternativas disponíveis ou as consequências de recusar a intervenção, não dispõe dos mesmos elementos que teria numa decisão esclarecida. A existência de um termo assinado não resolve automaticamente essa dificuldade; é preciso observar o conteúdo efetivamente comunicado durante o atendimento.

Facchini Neto e Eick (2016) relacionam a obrigação de informar aos deveres de boa-fé na relação médico-paciente. Lealdade e transparência, nessa perspectiva, exigem que o profissional compartilhe os dados necessários à decisão clínica. O descumprimento desse dever pode ser analisado de forma própria, ainda que não se identifique inadequação na execução técnica do procedimento.

A falta de esclarecimento adequado pode gerar responsabilidade civil mesmo quando o tratamento foi tecnicamente correto, pois a falha na comunicação pode retirar do paciente a possibilidade de decidir sobre o próprio corpo, buscar segunda opinião, escolher outra alternativa terapêutica ou recusar a intervenção de forma consciente.

O Código de Ética Médica prevê a obtenção do consentimento após esclarecimento do paciente ou de seu representante, ressalvada a situação de risco iminente de morte (CFM, 2019). Assim, o modo como as informações foram prestadas também integra o exame da conduta profissional. A questão ultrapassa a existência de um documento e alcança o cumprimento de um dever ético durante o cuidado.

O Estatuto dos Direitos do Paciente, instituído pela Lei nº 15.378/2026, detalha garantias relacionadas à informação e à escolha do tratamento. O art. 12 trata do conhecimento sobre a condição de saúde, as alternativas, os benefícios e os riscos envolvidos. Já o art. 14 protege o consentimento sem coerção ou influência indevida (Brasil, 2026a). Esses dispositivos oferecem parâmetros para examinar o que o paciente pôde efetivamente compreender e decidir.

Em determinadas situações, o prejuízo discutido decorre da perda da possibilidade de escolher com conhecimento suficiente, ainda que não se comprove erro na execução do tratamento. A falta de esclarecimento pode atingir a autonomia do paciente e justificar o exame de eventual dano moral. A conclusão depende das circunstâncias demonstradas, inclusive da informação omitida e de sua importância para a decisão que foi tomada.

O Superior Tribunal de Justiça reconheceu essa lógica no Recurso Especial n. 1.540.580/ DF, julgado pela Quarta Turma, sob relatoria originária do Ministro Lázaro Guimarães, Desembargador Convocado do Tribunal Regional Federal da 5ª Região, e relatoria para acórdão do Ministro Luis Felipe Salomão, em 2 de agosto de 2018, com publicação no DJe em 4 de setembro de 2018. No julgamento, a Corte considerou que a falta de esclarecimento específico sobre risco cirúrgico poderia justificar indenização por danos morais, ainda que a perícia não tivesse reconhecido erro técnico no procedimento (Brasil, 2018b).

O precedente evidencia que a avaliação do dever de informar não termina com a constatação de que o procedimento foi executado corretamente. Mesmo sem erro técnico reconhecido, ainda cabe examinar quais riscos foram explicados e se o consentimento apresentado correspondeu a uma decisão esclarecida. São questões diferentes, embora possam aparecer na mesma demanda indenizatória.

No REsp nº 1.848.862/RN, a Terceira Turma do STJ, sob relatoria do ministro Marco Aurélio Bellizze, examinou a morte de um paciente após anestesia preparatória para cirurgia destinada à correção de ronco. O julgamento ocorreu em 5 de abril de 2022, com publicação em 8 de abril do mesmo ano. A controvérsia envolvia os esclarecimentos prestados sobre os riscos e as particularidades da intervenção, diante das condições clínicas do paciente (Brasil, 2022). O Tribunal reconheceu a falha informacional e a responsabilidade examinada no processo, mas considerou o período em que ocorreram os fatos ao definir a indenização, uma vez que as práticas de consentimento informado se encontravam em outro estágio de consolidação. A decisão mostra a necessidade de relacionar o dever jurídico ao atendimento efetivamente prestado e ao contexto em que ocorreu.

Uma informação ausente pode produzir consequências jurídicas diferentes, a depender do que se demonstrar no processo. Em certos casos, a discussão recai sobre dano moral e autonomia; em outros, a falha dificulta a reconstrução do atendimento ou contribui para a avaliação da culpa

e da prova. Por isso, a deficiência informacional deve ser descrita de modo concreto, com identificação do que precisava ter sido explicado ao paciente.

4.2 Prova pericial, prontuário e ônus da prova

Didier Jr., Braga e Oliveira (2023) tratam da perícia como meio de esclarecimento de fatos que dependem de conhecimento técnico ou científico. Nas ações por erro médico, essa necessidade aparece ao examinar exames, decisões terapêuticas, riscos conhecidos e evolução clínica, elementos que ajudam a verificar a conduta profissional e sua possível ligação com o dano alegado.

Theodoro Júnior (2024) explica que a perícia oferece ao juiz esclarecimentos especializados sobre questões de fato. Nas controvérsias médicas, o laudo pode abordar desde a indicação do procedimento até o acompanhamento posterior, permitindo compreender questões clínicas que não se resolvem apenas com a leitura dos documentos ou com a experiência comum do julgador.

Melo (2024) destaca que a culpa médica deve ser analisada conforme as circunstâncias concretas do atendimento, e não a partir de um modelo idealizado de conduta. Essa compreensão reforça a importância da perícia, porque o perito deve avaliar se o profissional agiu de modo compatível com o quadro clínico, com a urgência da situação, com os recursos disponíveis e com as alternativas razoavelmente existentes naquele momento.

A conclusão do perito precisa ser considerada, mas não substitui a decisão judicial. Neves (2025) assinala que o magistrado pode afastar o entendimento técnico desde que apresente razões adequadas para fazê-lo. Quando o processo envolve matéria científica, essa justificativa exige confronto com os elementos probatórios disponíveis, e não mera discordância pessoal em relação ao laudo.

Esse entendimento também aparece na jurisprudência recente do Superior Tribunal de Justiça. No Agravo em Recurso Especial n. 2.773.143/SP, julgado pela Quarta Turma, sob relatoria do Ministro João Otávio de Noronha, em 14 de abril de 2026, com publicação no DJEN em 24 de abril de 2026, o Tribunal entendeu que a desconsideração do laudo pericial, nos termos dos arts. 371 e 479 do Código de Processo Civil, não pode ser fundada em meras suposições, exigindo fundamentação técnica e racional capaz de infirmar a conclusão do perito, sobretudo em matéria complexa como a responsabilidade civil médica (Brasil, 2026b).

Em outro julgamento relevante, o Superior Tribunal de Justiça analisou a possibilidade de perícia realizada por médico não especialista exatamente na área discutida no processo. No Recurso Especial n. 2.121.056/PR, julgado pela Terceira Turma, sob relatoria da Ministra Nancy Andrighi, em 21 de maio de 2024, com publicação no DJe em 24 de maio de 2024, o Tribunal entendeu que a perícia elaborada por médico não especialista na área de conhecimento da perícia não acarreta, por si só, a nulidade do laudo, desde que os elementos concretos revelem que essa circunstância não comprometeu a idoneidade da prova (Brasil, 2024).

Nesse julgamento, o ponto examinado foi a suficiência técnica do trabalho pericial diante das particularidades da causa. A formação profissional do perito importa, mas o laudo também deve ser avaliado pelo exame dos documentos, pelas respostas aos quesitos e pela explicação oferecida sobre a conduta investigada. Se essas questões permanecerem sem esclarecimento, a falta de conhecimento específico pode sustentar pedido de complementação ou outra providência probatória, conforme o caso.

A perícia deve ser lida em conjunto com o restante da documentação do atendimento. Exames, prontuários, prescrições, registros de evolução e termos de consentimento podem confirmar ou colocar em dúvida as conclusões do laudo. Quando há divergências, cabe identificar quais pontos permanecem sem explicação e se a dificuldade decorre da complexidade clínica ou da falta de registros suficientes.

O prontuário reúne registros que permitem acompanhar o que ocorreu durante a assistência: avaliação inicial, hipóteses diagnósticas, exames, condutas, evolução do quadro e orientações prestadas. Também pode conter informações sobre consentimento ou recusa. Por isso, sua utilidade ultrapassa o atendimento cotidiano e alcança a reconstrução dos fatos quando surge uma controvérsia judicial.

A Resolução CFM nº 1.638/2002 descreve o prontuário como documento de natureza legal, sigilosa e científica e o relaciona à comunicação entre profissionais e à continuidade do atendimento (CFM, 2002). Os registros têm, portanto, finalidade assistencial desde sua elaboração. Num processo, também podem esclarecer quais providências foram tomadas e em que momento ocorreram.

A Lei nº 13.787/2018 reforça a importância da documentação clínica ao regulamentar a digitalização, a guarda, o armazenamento e o manuseio do prontuário do paciente, demonstrando que esse documento possui valor jurídico próprio e deve ser preservado com integridade,

segurança e possibilidade de acesso para a continuidade do cuidado e para a apuração de responsabilidades (Brasil, 2018a).

Kfouri Neto (2024) ressalta que o prontuário pode ter função decisiva na defesa do profissional, pois permite demonstrar quais providências foram adotadas, quais riscos foram informados e como o paciente evoluiu ao longo do atendimento. Essa compreensão mostra que a ausência de registro não prejudica apenas o paciente, mas também o próprio médico, já que dificulta a comprovação de que a assistência foi prestada de maneira adequada.

O STJ examinou a importância desses registros no REsp nº 1.698.726/RJ, julgado pela Terceira Turma em 1º de junho de 2021, sob relatoria do ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, com publicação em 8 de junho de 2021. O caso tratava de danos neurológicos sofridos por um recém-nascido. Na decisão, a omissão relacionada ao preenchimento do prontuário integrou a análise da responsabilidade do médico obstetra, uma vez que os registros poderiam esclarecer as providências adotadas durante a assistência e subsidiar a defesa do profissional (Brasil, 2021a).

A ausência de informações no prontuário não prova, isoladamente, que o atendimento foi inadequado. O problema surge quando faltam justamente os registros que permitiriam conhecer a evolução clínica, as decisões adotadas ou as orientações prestadas. Nessas circunstâncias, a reconstrução dos fatos fica comprometida e a alegação de cuidado diligente pode se tornar mais difícil de verificar.

Feijó, Framil e Gianvecchio (2022) observaram que a documentação do consentimento aparece com relevância em processos judiciais sobre erro médico, pois permite avaliar se o dever de informar foi ou não cumprido. Essa constatação reforça a ideia de que o prontuário e os termos de consentimento não são documentos meramente burocráticos, mas instrumentos que demonstram a qualidade da comunicação estabelecida na relação médico-paciente.

A documentação disponível também interfere na discussão do ônus da prova. O art. 373 do Código de Processo Civil distribui, como regra, a demonstração dos fatos constitutivos ao autor e a dos fatos impeditivos, modificativos ou extintivos ao réu (Brasil, 2015). Em demandas médicas, essa disciplina é examinada diante de uma particularidade: informações decisivas sobre o atendimento costumam estar sob a guarda do profissional ou da instituição de saúde.

Didier Jr., Braga e Oliveira (2023) explicam que a distribuição dinâmica do ônus da prova permite adequar a atividade probatória às possibilidades concretas das partes, especialmente quando uma delas possui melhores condições de produzir determinada prova. Essa técnica é

importante nas demandas médicas, porque o paciente, muitas vezes, não tem acesso imediato a documentos, registros internos, informações técnicas ou justificativas clínicas que permaneceram sob responsabilidade do serviço de saúde.

O Código de Defesa do Consumidor também admite a inversão do ônus da prova quando presentes a verossimilhança das alegações ou a hipossuficiência do consumidor, conforme art. 6º, VIII (Brasil, 1990). Na relação médico-paciente, essa regra não elimina a necessidade de análise da culpa do profissional liberal, prevista no art. 14, § 4º, mas pode influenciar a forma como se exige do médico ou do estabelecimento a demonstração da regularidade da informação, do atendimento e da documentação clínica.

A falta de registros clínicos deve ser examinada como uma deficiência documental com efeitos possíveis sobre a prova, sem equipará-la automaticamente à culpa médica. Um prontuário bem preenchido permite acompanhar as decisões profissionais, as informações dadas ao paciente e a evolução do atendimento. Quando essas anotações faltam, tanto a defesa quanto a avaliação do pedido indenizatório podem ficar prejudicadas.

4.3 Parâmetros da jurisprudência do STJ

Nos julgados examinados, o STJ considera informações de naturezas diferentes para avaliar a responsabilidade civil médica. A gravidade do resultado não substitui a prova da conduta e do nexo causal, mas a análise também pode alcançar a ausência de esclarecimento adequado, problemas na documentação e falhas relacionadas ao serviço. O resultado depende do que foi efetivamente demonstrado em cada processo.

No Recurso Especial n. 1.180.815/MG, julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, sob relatoria da Ministra Nancy Andrighi, em 19 de agosto de 2010, com publicação no DJe em 26 de agosto de 2010, a Corte analisou caso envolvendo cirurgia plástica estética e afirmou que os procedimentos de finalidade meramente embelezadora caracterizam obrigação de resultado, pois o cirurgião assume compromisso com o efeito prometido. No mesmo julgamento, entretanto, o Tribunal destacou que, mesmo nas obrigações de resultado, a responsabilidade do profissional da medicina permanece subjetiva, cabendo ao médico demonstrar que os eventos danosos decorreram de fatores externos e alheios à sua atuação durante a cirurgia (Brasil, 2010).

No mesmo caso, o Tribunal também considerou o consentimento informado. O registro escrito dos riscos de uma intervenção estética foi examinado como elemento da conduta cautelosa

do médico, associado à boa-fé objetiva. O documento, assim, teve importância na avaliação do atendimento, sem afastar a necessidade de considerar as demais circunstâncias do procedimento.

No Recurso Especial n. 1.540.580/DF, julgado pela Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, sob relatoria originária do Ministro Lázaro Guimarães, Desembargador Convocado do Tribunal Regional Federal da 5ª Região, e relatoria para acórdão do Ministro Luis Felipe Salomão, em 2 de agosto de 2018, com publicação no DJe em 4 de setembro de 2018, a Corte examinou situação em que se discutia a ausência de informação adequada sobre risco cirúrgico. Neste julgamento, o Tribunal afirmou que o fato de toda cirurgia envolve riscos não diminui o dever de informar; ao contrário, é justamente a existência desses riscos que exige esclarecimento específico ao paciente sobre as adversidades do procedimento indicado para seu quadro clínico (Brasil, 2018b).

A análise desse precedente é importante porque separa duas questões que muitas vezes aparecem misturadas nas ações de erro médico. A primeira é a existência de erro técnico no procedimento; a segunda é a falha no dever de informar. O STJ reconheceu que a deficiência informacional pode gerar reparação por danos extrapatrimoniais, ainda que a discussão sobre a técnica médica não seja suficiente para demonstrar imperícia, negligência ou imprudência na execução do procedimento. No Recurso Especial n. 1.848.862/RN, julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, sob relatoria do Ministro Marco Aurélio Bellizze, em 5 de abril de 2022, com publicação no DJe em 8 de abril de 2022, o Tribunal analisou caso envolvendo morte de paciente após aplicação de anestesia em preparação para cirurgia de correção de ronco. A Corte reconheceu falha no dever de informação, mas levou em conta que os fatos ocorreram mais de vinte anos antes, em período no qual a prática do consentimento livre e informado ainda não estava consolidada nos moldes atuais (Brasil, 2022).

Esse julgamento considerou a informação oferecida ao paciente e o período em que o atendimento ocorreu. Ao reconhecer a importância do consentimento, o STJ também levou em conta as práticas exigíveis à época dos fatos. A análise permite perceber que o dever de informar deve ser avaliado a partir de circunstâncias demonstradas no processo, inclusive das condições em que se deu o atendimento.

Outro parâmetro relevante aparece no Recurso Especial n. 1.832.371/MG, julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, sob relatoria da Ministra Nancy Andrighi, em 22 de junho de 2021, com publicação no DJe em 1º de julho de 2021. Nesse caso, a Corte admitiu,

em circunstâncias específicas, a denunciação da lide em ação de consumo proposta contra hospital por suposto erro médico, quando a responsabilização do estabelecimento dependia da apuração de culpa de médicos a ele vinculados (Brasil, 2021b).

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça também admite a aplicação da teoria da perda de uma chance em casos de erro médico, desde que a falha profissional tenha reduzido possibilidades concretas e reais de cura ou de sobrevida do paciente. No Recurso Especial n. 1.662.338/SP, julgado pela Terceira Turma, sob relatoria da Ministra Nancy Andrighi, em 12 de dezembro de 2017, com publicação no DJe em 2 de fevereiro de 2018, o Tribunal afirmou que a teoria da perda de uma chance pode ser utilizada como critério de apuração da responsabilidade civil médica quando o erro reduz chances concretas de cura do paciente (Brasil, 2018c).

A comparação dos precedentes mostra que a responsabilidade médica é apreciada por mais de um aspecto. O STJ examina a culpa do profissional liberal, a natureza da obrigação assumida, a qualidade das informações prestadas e a documentação do atendimento. Perícia e prontuário são utilizados para esclarecer o que ocorreu, enquanto as falhas no consentimento podem receber exame próprio, mesmo sem constatação de erro técnico.

5 Considerações finais

Um tratamento que não alcança o resultado esperado não caracteriza, sozinho, erro médico. É preciso saber como o profissional atuou, quais riscos estavam presentes e se há ligação entre uma falha identificável e o dano. Negligência, imprudência e imperícia são categorias úteis para essa avaliação, que deve considerar as condições reais do atendimento e os limites da própria atividade médica.

A comunicação integra a assistência médica. Antes de aceitar um tratamento, o paciente precisa conhecer a indicação clínica, os riscos pertinentes, as alternativas e as consequências de uma possível recusa. O consentimento resulta desse processo de esclarecimento e de escolha, razão pela qual não deve ser reduzido à assinatura de um formulário.

O termo assinado é uma prova possível de que a decisão foi registrada, mas seu conteúdo e as circunstâncias da assinatura também precisam ser considerados. Uma autorização genérica pode não demonstrar que os riscos relevantes foram explicados em linguagem compreensível. A análise da informação prestada permanece necessária inclusive quando não se comprove erro na técnica utilizada.

Para examinar o atendimento, a perícia e o prontuário fornecem informações complementares. O laudo esclarece questões de técnica médica, riscos e possível causalidade. Já os registros clínicos mostram a sequência de condutas, exames, orientações e decisões durante o cuidado. A leitura conjunta desses materiais permite reconstruir com maior precisão o que foi feito e discutido com o paciente.

A documentação incompleta cria dificuldades para esclarecer os fatos, embora não corresponda automaticamente à prova de culpa. Como o prontuário costuma permanecer sob responsabilidade do profissional ou da instituição, o cuidado com seu preenchimento favorece a continuidade assistencial e permite explicar, posteriormente, as decisões tomadas. A falta dessas informações pode afetar tanto o pedido do paciente quanto a defesa apresentada.

Os precedentes estudados mostram que o STJ aprecia as particularidades de cada demanda. A existência de dano grave, por si, não resolve a atribuição de responsabilidade. O Tribunal considera a prova técnica, o nexo causal, os registros clínicos e a comunicação realizada, além de hipóteses específicas, como defeito do serviço ou perda de uma chance de tratamento. Quando os elementos necessários não são demonstrados, a responsabilização pode ser afastada.

A pesquisa permite responder que o reconhecimento do dever de indenizar depende de um conjunto de critérios, e não apenas do resultado clínico. Entre eles estão a conduta e a culpa atribuídas ao profissional, o dano, o nexo causal, a natureza da obrigação, o cumprimento do dever de informar e a suficiência das provas técnica e documental. A comparação dos julgados reforça a necessidade de examinar cada atendimento conforme os fatos comprovados, preservando a proteção do paciente sem transformar todo desfecho desfavorável em falha indenizável.

A responsabilização civil por erro médico exige uma análise equilibrada, protegendo o paciente quando houver falha na conduta, na informação ou nos registros do atendimento e considerando os limites reais da atividade médica, de modo que a valorização da comunicação, do prontuário e da prova técnica contribua para decisões mais justas, menos conflitos e uma relação médico-paciente mais clara, segura e responsável.

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 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, DF: Presidência da República, 2018a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13787.htm. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026**. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2026a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/l15378.htm. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). **Recurso Especial n. 1.180.815/MG**. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Brasília, DF, 19 ago. 2010. DJe, 26 ago. 2010. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201000255310&dt_publicacao=26/08/2010. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). **Recurso Especial n. 1.540.580/DF**. Relator: Ministro Lázaro Guimarães, Desembargador Convocado do Tribunal Regional Federal da 5ª Região. Relator para acórdão: Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, DF, 2 ago. 2018. DJe, 4 set. 2018b. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201501551749&dt_publicacao=04/09/2018. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). **Recurso Especial n. 1.662.338/SP**. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Brasília, DF, 12 dez. 2017. DJe, 2 fev. 2018c. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201503075580&dt_publicacao=02/02/2018. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). **Recurso Especial n. 1.698.726/RJ**. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Brasília, DF, 1 jun. 2021. DJe, 8 jun. 2021a. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201700466337&dt_publicacao=08/06/2021. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). **Recurso Especial n. 1.832.371/MG**. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Brasília, DF, 22 jun. 2021. DJe, 1 jul. 2021b. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_sequencial=129780594&documento_tipo=integra&formato=PDF&peticao_numero=-1&publicacao_data=20210701&registro_numero=201902391328. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). **Recurso Especial n. 1.848.862/RN**. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Brasília, DF, 5 abr. 2022. DJe, 8 abr. 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201802689219&dt_publicacao=08/04/2022. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). **Recurso Especial n. 2.121.056/PR**. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Brasília, DF, 21 maio 2024. DJe, 24 maio 2024. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisar&livre=%28%22REsp%22+adj+%28%222121056%22+ou+%222121056%22-PR+ou+%222121056%22%2FPR+ou+%222.121.056%22+ou+%222.121.056%22-PR+ou+%222.121.056%22%2FPR%29%29.prec%2Ctext. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). **Agravo em Recurso Especial n. 2.773.143/SP**. Relator: Ministro João Otávio de Noronha. Brasília, DF, 14 abr. 2026. DJEN, 24 abr. 2026b. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisarumaedicao&livre=%270887%27.cod. Acesso em: 30 jun. 2026.

CASTRO, Carolina Fernandes de; QUINTANA, Alberto Manuel; OLESIAK, Luísa da Rosa; MÜNCHEN, Mikaela Aline Bade. Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 522-530, 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020283416. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2213. Acesso em: 30 jun. 2026.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 17. ed. Barueri: Atlas, 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf. Acesso em: 30 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Recomendação CFM nº 1, de 21 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, DF: CFM, 2016. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em: 30 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica:** Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília, DF: CFM, 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 30 jun. 2026.

DIDIER JR., Fredie; BRAGA, Paula Sarno; OLIVEIRA, Rafael Alexandria de. **Curso de direito processual civil:** teoria da prova, direito probatório, decisão, precedente, coisa julgada e tutela provisória. 18. ed. rev., atual. e ampl. Salvador: JusPodivm, 2023. v. 2.

FACCHINI NETO, Eugênio; EICK, Luciana Gemelli. Responsabilidade civil do médico pela falha no dever de informação, à luz do princípio da boa-fé objetiva. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v. 42, n. 138, p. 51-86, 2016. Disponível em: https://revistadaajuris.ajuris.org.br/index.php/REVAJURIS/article/view/553. Acesso em: 30 jun. 2026.

FEIJÓ, Camila de Aquino; FRAMIL, Valeria Maria de Souza; GIANVECCHIO, Daniele Muñoz. Dever de informação em medicina: análise de processos judiciais. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 30, n. 4, p. 780-790, 2022. DOI: 10.1590/1983-80422022304569PT. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2878. Acesso em: 30 jun. 2026.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil:** responsabilidade civil. 24. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2026. v. 3.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico**. 12. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2024.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MELO, Nehemias Domingos de. **Responsabilidade civil por erro médico:** doutrina e jurisprudência. 5. ed. Leme, SP: Mizuno, 2024.

NEVES, Daniel Amorim Assumpção. **Manual de direito processual civil:** volume único. 17. ed. São Paulo: JusPodivm, 2025.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil**. 58. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024. v. 2.