

Formado ontem, processado amanhã? O que ninguém te ensinou na faculdade sobre proteção jurídica na medicina

Gabriel Campagnaro Gomes¹.

Resumo

O médico recém-formado sai preparado para salvar vidas, mas não para proteger a própria carreira. O diploma vem acompanhado de uma exposição jurídica tríplice – civil, penal e ético-disciplinar – que pode nascer de um único atendimento, algo que a faculdade raramente ensina. O cenário piorou nos últimos anos: a relação médico-paciente, antes baseada em confiança, hoje convive com desconfiança e judicialização crescente, impulsionadas pelo CDC e por normas recentes como o Estatuto dos Direitos do Paciente. Cada responsabilidade civil, penal e/ou ético-disciplinar segue seu próprio rito, e deve ser compreendido na integralidade. Diante disso, o prontuário bem feito surge como principal defesa do médico, e entender a diferença entre obrigação de meio e de resultado muda quem precisa provar o quê. O texto também alerta para armadilhas do início de carreira, como pejotização disfarçando vínculo empregatício e honorários não pagos. Por trás disso tudo, há um custo silencioso: a medicina defensiva e o desgaste psicológico de quem passa a tratar pensando no juiz. A conclusão é clara: o risco jurídico é gerenciável, e a preparação jurídica é o que separa o médico vulnerável do protegido.

Palavras-chave: Medicina. Prevenção. Direito.

1. Introdução

Você passou seis anos ou mais estudando. Dominou anatomia, fisiologia, farmacologia, semiologia, clínica médica e cirurgia. Enfrentou plantões

exaustivos durante a residência e aprendeu a tomar decisões sob pressão, muitas vezes com recursos insuficientes e em condições degradantes. Recebeu seu diploma com orgulho legítimo. E, junto com ele, recebeu algo que nenhum professor lhe advertiu de forma direta: o risco jurídico que acompanhará cada decisão clínica pelo resto da sua vida.

A realidade da medicina brasileira contemporânea é dura, mas precisa ser encarada com clareza. O médico, no exercício regular de sua profissão, está sujeito a uma tríplice exposição jurídica — civil, penal e ético-disciplinar — que pode se materializar simultaneamente a partir de um único ato clínico. Processos por alegado erro médico cresceram de forma expressiva nas últimas décadas. Muitos profissionais relatam que passaram a escrever o prontuário “*pensando no juiz, não no paciente*”. Outros chegam a cogitar abandonar a profissão, mudar de especialidade ou emigrar, em razão do adoecimento causado pelo desgaste processual.

O ambiente normativo também se transformou. A Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026, conhecida por Estatuto dos Direitos do Paciente, que dispõe sobre direitos e deveres dos usuários do sistema de saúde, ampliou o arcabouço de proteção ao paciente e criou novos parâmetros para a relação médico-paciente. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais (CRMs) editaram, apenas nos últimos dois anos, uma série de resoluções que impactam diretamente a prática clínica cotidiana. A judicialização da medicina avança, e a exposição reputacional nas redes sociais pode preceder, e até influenciar, o desfecho de um processo formal.

Este artigo não foi escrito para assustar. Foi escrito em linguagem clara, objetiva e com menos juridiquês para que o médico recém-formado compreenda o cenário jurídico em que vai atuar, conheça os instrumentos normativos de proteção disponíveis e desenvolva uma postura preventiva que lhe permita

exercer a medicina com segurança, autonomia e qualidade de vida. Preparação jurídica é o que separa o médico vulnerável do médico protegido.

2. O novo ambiente jurídico a medicina no Brasil

Para compreender os riscos jurídicos da prática médica, é preciso primeiro entender o ambiente normativo e social em que esses riscos se manifestam. Nas últimas décadas, assistiu-se a uma transformação profunda na forma como a sociedade brasileira enxerga a relação médico-paciente: de uma relação de confiança quase incondicional, passou-se a uma relação marcada pela desconfiança, pela hipervulnerabilidade percebida do paciente e pela judicialização crescente de resultados que, em outros tempos, seriam compreendidos como insucesso terapêutico inevitável.

Esse fenômeno tem raízes estruturais. A incorporação da relação médico-paciente ao âmbito do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990), consolidada pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), abriu ao paciente instrumentos processuais poderosos, como a inversão do ônus da prova. A ampliação do acesso à Justiça, com os Juizados Especiais e a assistência jurídica gratuita, reduziu as barreiras para o ajuizamento de demandas. A internet democratizou a informação médica e, com ela, expectativas nem sempre realistas dos pacientes sobre resultados clínicos.

No campo normativo, a Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013) definiu com maior precisão os contornos do exercício privativo da medicina, abrindo frentes de conflito regulatório com outras categorias profissionais. Recentemente, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região manteve decisão que anulou resolução do Conselho Federal de Biomedicina (CFBM) que pretendia autorizar biomédicos a realizarem procedimentos ditos “minimamente invasivos”, uma

vitória para a medicina, que ilustra o campo de disputa permanente em torno do ato médico e da delimitação de competências profissionais.

Paralelamente, a precarização das condições de trabalho agrava a exposição jurídica. O médico que trabalha exausto, em ambiente insalubre, sob jornadas de 24 horas ou mais, com estrutura insuficiente, tem sua capacidade de decisão comprometida, e, em caso de resultado adverso, será pessoalmente responsabilizado, ainda que a falha seja do sistema, e não sua. Esse descompasso entre responsabilidade individual e condições reais de trabalho é um dos problemas mais graves e menos debatidos da medicina brasileira.

3. A tríplice responsabilidade do médico: civil, penal e ética

Um único ato clínico pode desencadear três processos distintos, cada um com competência, rito, penalidades e lógica probatória próprias, e — o que é fundamental compreender — tramitando de forma completamente independente entre si. A absolvição em um não implica necessariamente a absolvição nos demais. Conhecer essa estrutura é o alicerce de qualquer estratégia defensiva eficaz.

A responsabilidade civil é a mais frequente. Nela, o paciente ou seus familiares buscam reparação por danos materiais e morais, com base no Código Civil (arts. 186, 927 e 951) e no Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990). O enquadramento da relação médico-paciente como relação de consumo, consolidado pelo STJ, abre espaço para a inversão do ônus da prova pelo juiz, nos termos do art. 6º, VIII, do Código de Defesa do Consumidor, quando a alegação for verossímil ou o consumidor hipossuficiente técnico. A responsabilidade civil médica é, em regra, subjetiva, ou seja, exige comprova-

ção de culpa, mas a dinâmica probatória pode inverter esse ônus a depender do enquadramento da obrigação (meio ou resultado – diferenciação feita no subtítulo nº 5) e das circunstâncias do caso concreto.

Nesse ponto, importante explicar que, em regra, quem acusa tem o ônus de provar os fatos que constituem o seu direito e o acusado deve provar a existência de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito do acusador (art. 373, do CPC). No entanto, quando o juiz determina pela inversão do ônus da prova, considerando que a história do paciente parece ser verdadeira ou que o paciente não tem informações suficientes ou condição financeira para provar a sua alegação (hipossuficiência), a lógica se inverte e o médico passa a ser o responsável por provar que a sua ação/atendimento foi o mais adequado e seguiu a melhor técnica para o caso, não cabendo a ele a responsabilidade pelo evento danoso.

Como dito, a inversão do ônus da prova tem como base o enquadramento da obrigação em obrigação de meio ou de resultado (diferenciação feita no subtítulo nº 5). Caso o médico seja enquadrado em obrigação de resultado, raramente não ocorrerá a inversão do ônus da prova, obviamente, aumentando a responsabilidade do médico quanto ao resultado.

A responsabilidade penal é a que mais assusta. Ela se materializa nos tipos previstos nos arts. 121, § 3º (homicídio culposo, com pena de detenção de 1 a 3 anos) e 129, § 6º (lesão corporal culposa, com pena de detenção de 2 meses a 1 ano) do Código Penal de 1940, quando a conduta médica for caracterizada por negligência, imprudência ou imperícia. Para a responsabilização penal, a doutrina e a jurisprudência exigem: conduta médica culposa, resultado danoso, nexos causal demonstrado e perícia técnica que ateste esse nexo. Contudo, na prática, inquéritos são instaurados com frequência antes que qualquer laudo pericial seja produzido, colocando o médico em situação de

extrema vulnerabilidade. O silêncio estratégico e a orientação jurídica imediata, especialmente nas primeiras 48 horas, são, nesse contexto, absolutamente decisivos. Falar sem orientação ao delegado, em grupos de WhatsApp ou nas redes sociais é, em muitos casos, o erro que torna um caso defensável em catástrofe processual.

A responsabilidade ético-disciplinar corre perante o Conselho Regional de Medicina (CRM) e, em grau recursal, perante o Conselho Federal de Medicina (CFM), com base no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018, alterada pela Resolução CFM nº 2.222/2018) e no Código de Processo Ético-Profissional. As penalidades variam da advertência confidencial até a cassação do exercício profissional. Nos termos do CFM SEI nº 692/2026, as penas ético-disciplinares, excetuadas a advertência e a censura confidentiais, são publicadas exclusivamente no Diário Oficial e no site do respectivo CRM/CFM, conferindo à punição uma dimensão pública e reputacional que pode ser tão ou mais prejudicial do que a própria penalidade em si.

4. O prontuário médico: sua principal linha de defesa

Se existe um único instrumento que pode, isoladamente, salvar ou destruir a defesa de um médico em qualquer das três esferas de responsabilidade, seja em obrigação de meio ou de resultado, esse instrumento é o prontuário médico. Em praticamente todos os processos por erro médico, o prontuário é a peça central em torno da qual a defesa e a acusação constroem seus argumentos.

A Resolução CFM nº 1.605/2000, em seu art. 7º, consolidou que *“Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo*

de justiça”. Esse dispositivo reafirma o prontuário como ferramenta legítima e essencial de defesa, sem que o seu uso configure violação do sigilo profissional. A Resolução CFM nº 2.381/2024 atualizou as normas sobre documentos médicos, reforçando os requisitos de guarda, integridade, imutabilidade e valor probatório dos registros. A Lei nº 13.787/2018 regulamenta especificamente o manuseio dos prontuários em suporte digital e eletrônico, estabelecendo critérios para digitalização e descarte de documentos físicos.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) firmou entendimento de que a omissão do médico no preenchimento adequado do prontuário pode ser interpretada como evidência de falta de cuidado. O prontuário incompleto, portanto, enfraquece a defesa, podendo ser utilizado como elemento de convicção contrário ao médico, mesmo que a conduta clínica tenha sido tecnicamente correta. No I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina (ENCM 2026), o CFM debateu os desafios do prontuário eletrônico, destacando que, com dados e programas em nuvem, o médico é responsável pelo prontuário, mas pode não ser o proprietário dos dados, um risco concreto que exige atenção na escolha da plataforma de gestão clínica.

Na prática, quatro erros comprometem defesas que, do ponto de vista clínico, seriam sólidas: (i) o registro genérico: “*paciente estável, segue conduta*”, que não documenta qualquer raciocínio clínico e não defende ninguém; (ii) a ausência de registro das recusas do paciente, uma vez que a recusa documentada afasta a responsabilidade do médico pelas consequências; (iii) a ausência do consentimento informado em procedimentos de risco; e (iv) a rasura ou alteração posterior ao evento adverso, já que qualquer modificação gera suspeita fundada de adulteração e pode ser devastadora para a defesa.

5. Obrigação de meio e de resultado: a distinção que decide processos

A distinção obrigações de meio e resultado é, do ponto de vista técnico-jurídico, a mais relevante para a defesa de um médico e, paradoxalmente, a menos conhecida entre os profissionais de saúde em início de carreira. Compreendê-la em profundidade pode ser determinante para o desfecho de um processo, especialmente, quando se trata, como já citado, da inversão do ônus da prova.

A obrigação de meio é a regra na medicina. O médico compromete-se a empregar toda a sua competência técnica, os recursos disponíveis, as melhores práticas clínicas e os protocolos atualizados da ciência, mas não a garantir um resultado específico. A ausência de cura, por si só, não configura responsabilidade. Nesse regime, em regra, cabe a quem acusa demonstrar a culpa do médico, sua negligência, imprudência ou imperícia, não sendo suficiente apontar apenas o resultado adverso. Na obrigação de meio, prevalece o chamado “dever de desempenho”, que consiste em agir com desvelo, perícia e a melhor técnica disponível, sem se vincular ao fim pretendido. Como exemplos de obrigação de meio cita-se a atuação nos seguintes atendimentos: atendimento médico geral, situações de urgência e emergência, e a parte reparadora de cirurgias mistas.

A obrigação de resultado é a exceção. Nela pressupõe a promessa de entrega de um resultado específico e esperado. Aqui, o profissional compromete-se a atingir um objetivo determinado, que passa a ser o cerne da obrigação contratual. A inexecução dessa promessa caracteriza, por si só, uma falha no cumprimento do contrato. Na obrigação de resultado, a responsabilidade continua sendo subjetiva, mas ocorre a presunção de culpa e, consequentemente, a inversão do ônus da prova, cabendo ao médico comprovar

que a falha no resultado não decorreu de sua conduta, mas de fatores como culpa exclusiva da vítima, caso fortuito ou força maior. Como exemplos de obrigação de resultado cita-se as seguintes especialidades: Cirurgias plásticas de caráter exclusivamente estético ou embelezador, anestesiologia, radiologia e exames de precisão diagnóstica.

Vale destacar, como caso ilustrativo de obrigação de resultado, as cirurgias plásticas puramente estéticas, em que o STJ já consolidou jurisprudência no sentido de que o médico assume obrigação de resultado, com responsabilidade subjetiva e culpa presumida, leva a inversão do ônus da prova. Nesses casos, o médico precisa provar que agiu corretamente, e não o paciente. Cabe registrar um ponto de tensão normativa relevante: a Resolução CFM nº 1.621/2001 estabelecia que o ato médico na cirurgia plástica constitui obrigação de meio. A jurisprudência do STJ foi além desse entendimento ao menos em relação às cirurgias puramente estéticas – uma divergência que exige defesa altamente especializada.

Cabe, ao final, um registro dirigido especialmente ao médico em início de carreira, para quem estas distinções costumam soar abstratas diante da rotina clínica. Compreender em qual obrigação a própria conduta se enquadra não é preciosismo acadêmico, mas condição para dimensionar o risco assumido a cada atendimento. Enquanto a obrigação de meio preserva o profissional – bastando demonstrar que empregou a técnica adequada às condições concretas –, a obrigação de resultado desloca o encargo probatório para o próprio médico, que passa a responder sob presunção de culpa.

Esse deslocamento, contudo, raramente se opera no ato médico em si: forma-se antes, na relação com o paciente, quando promessas de resultado garantido ou expectativas mal esclarecidas convertem, perante o Judiciário, uma obrigação de meio em obrigação de resultado.

Não se exige do médico o domínio dessas categorias com a profundidade do jurista, mas a capacidade de reconhecer quando sua atuação ingressa em terreno que reclama assistência especializada. A orientação jurídica qualificada, buscada preventivamente e não apenas quando a demanda já está instaurada, é o que permite identificar o regime de responsabilidade a que se submete e adotar, desde a documentação do atendimento, as cautelas capazes de resguardar a carreira — providência tão essencial quanto o próprio zelo técnico dispensado ao paciente.

6. Contratos, honorários e pejetização: os riscos invisíveis do início de carreira

O médico recém-formado está particularmente vulnerável ao conjunto de riscos contratuais e trabalhistas que marcam o exercício da profissão no Brasil atual. A urgência por colocação no mercado, a inexperiência com contratos e a desigualdade de poder de negociação com hospitais, clínicas e operadoras criam um campo fértil para armadilhas que só se revelam, com custo alto, muito depois da assinatura.

A pejetização é a mais disseminada dessas armadilhas. Ela ocorre quando o médico é contratado como pessoa jurídica (PJ) para prestação de serviços, mas a relação de trabalho real tem todas as características de vínculo empregatício: subordinação hierárquica, habitualidade, exclusividade e pessoalidade. Nesses casos, a CLT determina o reconhecimento do vínculo e o pagamento dos direitos suprimidos: férias, 13º salário, FGTS, INSS, horas extras. O que define o vínculo é a realidade dos fatos, independente da natureza do contrato firmado.

Em justa contraposição, quando os contratos são bem definidos e com cláusulas equilibradas entre as partes, muitos profissionais médicos preferem atuar por meio de PJ, considerando a maior flexibilidade das atividades de trabalho, o que possibilita afastamento da atividade por algum tempo ou faltas programadas, além da receita maior advinda por meio de ganho por produtividade. Claro, que esses benefícios advêm de cláusula contratual já definida e acordada entre as partes antes do início das atividades.

Outro problema da atualidade é o calote de honorários. Esse é igualmente grave e financeiramente tangível. Há relatos de médicos com dezenas de milhares de reais parados há mais de um ano, com a justificativa recorrente de “o convênio não repassou”, são frequentes. A lógica jurídica é clara: o contrato do médico é com a empresa ou OS's que o contratou, não com o convênio. O risco do negócio é do tomador de serviços, não do profissional. A fim de solucionar essa questão, o Estado de São Paulo inovou com a Resolução CREMESP nº 399/2026, que trouxe importante avanço ao prever sanção administrativa ao diretor técnico e à pessoa jurídica em caso de inadimplência, abrindo, além da via judicial, uma via de pressão administrativa eficaz pelo pagamento.

No mesmo sentido, o Conselho Federal de Medicina publicou em 02 de junho de 2026 a Resolução CFM nº 2.462/2026, que dispõe sobre as medidas administrativas aplicáveis a pessoas jurídicas prestadoras de serviços médicos em caso de inadimplemento, com aplicação em todo o território nacional, o que é uma grande vitória e mais uma ferramenta para receber a justa remuneração pelo labor.

A postura mais comum, e mais prejudicial, do médico que sofre calote é o silêncio motivado pelo medo de perder a escala. Enquanto aguarda, o prazo prescricional corre, as provas desaparecem e a posição de negociação se enfraquece. A ação organizada e precoce, com notificação formal funda-

mentada, reunião de documentação e, se necessário, representação perante o CRM, muda completamente a dinâmica: na maioria dos casos, a regularização ocorrerá sem litígio aberto, porque a parte inadimplente perceberá que há organização e respaldo jurídico do outro lado.

7. Processos no CRM: do processo ético-profissional

O processo ético-profissional perante o CRM/CFM é, para muitos médicos, mais temido do que o processo judicial, e por boas razões. Ele é julgado por pares, seus ritos são menos conhecidos pela maioria dos advogados generalistas, suas consequências vão da advertência confidencial à cassação do registro, e as penas mais graves são publicadas com impacto reputacional imediato e duradouro.

O Código de Processo Ético-Profissional do CFM prevê as seguintes penalidades, em ordem crescente de gravidade: advertência confidencial em aviso reservado; censura confidencial em aviso reservado; censura pública em publicação oficial; suspensão do exercício profissional por até 30 dias; e cassação do exercício profissional. As penalidades de censura pública, suspensão e cassação são publicadas no Diário Oficial e no site do CRM/CFM, nos termos do CFM SEI nº 692/2026.

O processo começa com uma denúncia, que pode ser apresentada por qualquer pessoa. Após o recebimento, abre-se sindicância para apurar se há elementos suficientes para instauração do processo. O médico tem prazo de 15 dias, contados da notificação, para apresentar defesa escrita. Há instrução probatória, produção de provas e audiências, e ao final, julgamento pelo Plenário do CRM. Das decisões do CRM, cabe recurso ao CFM, segunda e última

instância administrativa do sistema, que pode reformar a decisão tanto para agravar quanto para reduzir a pena aplicada.

8. Medicina defensiva e saúde mental: o custo oculto da exposição jurídica

Nenhum artigo sobre proteção jurídica médica seria completo sem abordar o impacto da exposição jurídica na saúde mental do médico e na qualidade da relação médico-paciente. Esses dois efeitos, a medicina defensiva e o adoecimento do profissional, são consequências diretas do excesso de judicialização, e produzem um ciclo que prejudica tanto o médico quanto o próprio paciente.

Quanto a medicina defensiva, importante que o médico seja precavido e atue de forma a ter bom registro, com evidências escritas do seu passo a passo, de seu raciocínio clínico, cronologia dos fatos, hipótese diagnóstica e posologia adequada ao caso, baseado em evidências e exames adequados. No entanto, para alguns médicos, se tornou prática a solicitação de exames e procedimentos, ultrapassando em muitos casos o necessário, não pela necessidade clínica do paciente, mas para se precaver e documentar que “tudo foi feito” em caso de um possível questionamento judicial posterior. Em suma, o médico deixa de pensar somente nas questões pertinentes e importantes aos pacientes, e passam a se preocupar demasiadamente com proteção jurídica – levando o médico a dividir os pensamentos de atendimento assertivo ao paciente, com os mesmos pensamentos do que pode ou não gerar uma demanda judicial, o que, evidentemente, abala o estado psicológico do profissional da saúde e, conseqüentemente, pode impactar diretamente na qualidade do atendimento ao paciente.

Ademais, a prescrição de exames e procedimentos além do necessário para se precaver, eleva desnecessariamente o custo do sistema de saúde, expõe o paciente a riscos adicionais e, ao transformar o prontuário numa peça dirigida ao juiz e não ao clínico que continuará o tratamento, compromete a comunicação interna do próprio sistema de saúde. É um sinal inequívoco de que algo está gravemente errado na relação entre o Direito e a Medicina.

O sofrimento psíquico do médico envolvido em processos é real e documentado. Relatos de *burnout*, depressão, ansiedade crônica e pensamentos de abandono da profissão são frequentes entre profissionais sob investigação, mesmo quando estão absolutamente corretos em sua conduta. A abertura do I ENCM 2026 incluiu debate específico sobre saúde mental do médico, reconhecendo esse adoecimento como questão institucional e coletiva. O conhecimento médico aprofundado, o atendimento adequado e a proteção jurídica preventiva não apenas reduzem o risco de processos: eles reduzem a ansiedade antecipatória que contamina a prática clínica diária e compromete a relação com o paciente.

9. Conclusões finais

A medicina do século XXI exige, além do conhecimento clínico aprofundado, consciência jurídica. O médico que ignora o ambiente legal em que atua está exposto a riscos que podem comprometer não apenas sua carreira e seu patrimônio, mas também sua saúde mental, sua qualidade de vida e a própria qualidade do cuidado que oferece ao paciente.

As reflexões apresentadas ao longo deste artigo convergem para um ponto central: o risco jurídico na medicina é, em grande medida, previsível e gerenciável. A tríplice responsabilidade — civil, penal e ético-disciplinar — não

é uma armadilha inevitável. É um conjunto de riscos para os quais existem ferramentas concretas de mitigação: documentação rigorosa e fundamentada, prontuários completos, termos de consentimento informado adequados, contratos bem negociados e defesa especializada desde os primeiros atos do processo, seja ele judicial, policial ou ético.

A prevenção jurídica é uma necessidade para quem está começando e o custo de implementá-la é invariavelmente menor do que o custo de um processo: em honorários advocatícios, em tempo perdido respondendo intimações, em noites de sono comprometidas pela incerteza e no impacto sobre a prática clínica e a vida pessoal. A formação médica no Brasil prepara o profissional para salvar vidas, mas não o prepara para proteger a própria. Medicina e Direito caminham juntos na realidade contemporânea, e o médico que compreende essa realidade tem, sobre os demais, a mais valiosa das vantagens: a preparação.

Insta destacar, que o presente artigo não visa exaurir os temas mencionados, mas tão somente trazer à luz, pela ótica jurídica, a problemática existente no meio médico, bem como despertar, especialmente nos jovens médicos, a clareza e desejo pelo aprofundamento em ações práticas no cotidiano que podem protegê-los ou, no mínimo, mitigar danos, inclusive, em caso de judicialização.

Importante lembrar, que o CRM do médico é conquistado à duras penas, após dias e noites de estudos, ao longo de vários anos. Em suma, se trata de um trabalho árduo, que deve ser protegido como um grande patrimônio – como uma vida.

Referências normativas e jurisprudenciais

BRASIL. Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848/1940). Arts. 121, § 3º (homicídio culposo) e 129, § 6º (lesão corporal culposa).

BRASIL. Lei nº 8.078/1990. Código de Defesa do Consumidor. Art. 6º, VIII.

BRASIL. Código Civil (Lei nº 10.406/2002). Arts. 186, 927 e 951.

BRASIL. Lei nº 12.842/2013. Lei do Ato Médico. Dispõe sobre o exercício da Medicina.

BRASIL. Lei nº 13.787/2018. Dispõe sobre digitalização e guarda de prontuário de paciente.

BRASIL. Lei nº 15.378/2026. Direitos e deveres dos usuários do sistema de saúde.

CFM. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018, alterada pela Resolução CFM nº 2.222/2018.

CFM. Resolução CFM nº 1.605/2000. Prontuário médico e utilização para defesa judicial.

CFM. Resolução CFM nº 1.621/2001. Cirurgia plástica: obrigação de meio.

CFM. Resolução CFM nº 1.821/2007. Normas sobre digitalização de prontuários.

CFM. Resolução CFM nº 2.314/2022. Exercício da telemedicina.

CFM. Resolução CFM nº 2.381/2024. Documentos médicos: guarda e valor probatório.

CFM. Resolução CFM nº 2.428/2025. Critérios para reconhecimento de novos procedimentos médicos.

CFM. Resolução CFM nº 2.461/2026. Proibição do uso médico do PMMA como preenchedor.

CFM. Resolução CFM nº 2.462/2026. Medidas administrativas aplicáveis a pessoas jurídicas prestadoras de serviços médicos em caso de inadimplemento remuneratório.

CFM. SEI nº 692/2026. Publicação de penas ético-disciplinares no Diário Oficial e site do CRM/CFM.

CREMESP. Resolução nº 399/2026. Inadimplência de honorários: responsabilidade do diretor técnico e da PJ.

TRF-1ª REGIÃO. Decisão que manteve a anulação da resolução do CFBM sobre procedimentos minimamente invasivos por biomédicos. 2026.

STJ. Responsabilidade civil médica: obrigação de meio e de resultado — cirurgia plástica estética — culpa presumida.

CFM. I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina (ENCM 2026). Prontuário eletrônico e saúde mental do médico. Março/2026. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>