

Divisão da responsabilidade civil entre o médico residente e o preceptor por dano ao paciente

Division of civil liability between resident physician and preceptor for harm to the patient

División de la responsabilidad civil entre el médico residente y el tutor por daños causados al paciente

DOI: 10.54901/educa.v9-351

Sueli de Souza Costa¹

Nilson de Jesus Pereira Batalha Junior²

Lucas Xavier Carnib dos Santos³

Larisse Cardoso Rocha⁴

Ana Alice Torres Sampaio⁵

RESUMO: Diante da crescente judicialização da saúde e da complexidade das relações hospitalares, torna-se imprescindível delimitar a responsabilidade civil do médico preceptor e do médico residente, visando garantir segurança jurídica e proteção ao paciente. Este artigo objetiva analisar a divisão dessa responsabilidade em casos de danos ocorridos durante a formação médica. Trata-se de pesquisa teórica e qualitativa, fundamentada na legislação brasileira, na doutrina civilista e na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, tendo como questão norteadora: quais os limites da responsabilidade civil do médico preceptor e do médico residente em caso de dano ao paciente? Os resultados demonstram que a responsabilidade civil médica é, em regra, subjetiva, nos termos dos arts. 186 e 927 do Código Civil, exigindo culpa, dano e nexo causal. No âmbito hospitalar, entretanto, aplica-se a responsabilidade objetiva das instituições, prevista no art. 37, § 6º, da Constituição Federal. A Lei nº 6.932/1981 estabelece que a residência médica constitui modalidade de ensino supervisionado, impondo ao preceptor o dever de orientar e acompanhar o residente. Constatou-se que o médico residente possui autonomia relativa, respondendo pelos atos praticados com culpa direta, enquanto o preceptor pode responder solidariamente quando caracterizada falha de supervisão (culpa *in vigilando* ou *in eligendo*). A doutrina de Gonçalves, Venosa, Diniz, Gagliano e Pamplona Filho reforça a interpretação integrada entre responsabilidade civil, ética médica e função pedagógica. Conclui-se que a responsabilização deve ser analisada casuisticamente, considerando a autonomia do residente e a efetividade da supervisão, assegurando equilíbrio entre a formação médica e a proteção do paciente, promovendo uma prática médica ética, segura e compatível com os princípios da dignidade da pessoa humana e da boa-fé objetiva.

Palavras-chave: Responsabilidade Civil Médica; Médico Residente; Preceptor; Erro Médico; Solidariedade; Supervisão Hospitalar.

¹ Doutora em Ciências Odontológicas, Graduada em Direito, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Pinheiro, Maranhão, Brasil. E-mail: sueli.costa@ufma.br

² Mestre em Ciências da Saúde, Graduado em Direito, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: nilsonbatalha@gmail.com

³ Graduado em Turismo, Graduando em Direito, Faculdade Estácio, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: lucascarnib2@hotmail.com

⁴ Graduanda em Direito, Faculdade Estácio, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: larissecardoso562@gmail.com

⁵ Doutoranda em Políticas Públicas, Graduada em Direito, Faculdade Estácio, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: anaalicetorres.adv@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A prática médica atual no Brasil é marcada pelo fenômeno da judicialização, onde o erro médico deixa de ser uma questão meramente ética para se tornar um complexo debate de responsabilidade civil (De Souza, 2025, p. 14-16; Miranda *et al.*, 2021; Mapelli Junior, 2017). No epicentro dessa discussão, encontra-se a Residência Médica, que é um sistema híbrido de ensino e trabalho onde o "médico-aprendiz" (residente) atua sob a tutela do "médico-mestre" (preceptor) (Pessoti, André, 2025). O desafio jurídico é delimitar: onde termina a responsabilidade do residente, profissional já habilitado pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), e onde começa a responsabilidade do preceptor, garantidor da segurança do paciente?

A responsabilidade civil, como ensina Carlos Roberto Gonçalves (2022, p. 31), “consiste na obrigação de reparar o dano moral ou patrimonial causado a outrem, em razão de ato próprio, de pessoa por quem se responde ou de fato de coisa sob a guarda”. Sob essa ótica, percebe-se que a responsabilidade não se limita à conduta pessoal do agente, mas também alcança situações em que o dano decorre da omissão ou falha de quem tem o dever de supervisão (TJDF, 2020, Acórdão 1248963, 0034208-62.2015.8.07.0018 - Res. 65 CNJ). Quando o ato médico é praticado por um residente, torna-se imprescindível compreender em que medida a culpa direta do residente e a culpa *in vigilando* do preceptor se inter-relacionam na produção do evento danoso (Santos, Guevara, 2023).

A residência médica, instituída pela Lei nº 6.932/1981, configura uma modalidade de ensino de pós-graduação sob a forma de treinamento em serviço, que objetiva o aperfeiçoamento do médico recém-formado (Brasil, 1981). Nessa perspectiva, o residente não atua de maneira plenamente autônoma, mas sob a orientação e a supervisão de um preceptor, o qual, segundo a legislação, deve estar presente e disponível para acompanhar as atividades desenvolvidas (Brasil, 1981). Em razão dessa relação de ensino e aprendizado, surgem questionamentos sobre a autonomia técnica relativa do residente e os limites da responsabilidade solidária do preceptor, especialmente quando o erro médico se dá em situações nas quais o acompanhamento direto é insuficiente ou inexistente.

Sob a ótica civilista, a divisão da responsabilidade entre o médico residente e o preceptor deve ser analisada à luz dos arts. 186 e 927 do Código Civil, que consagram o dever de reparar o dano causado por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência (Brasil, 2002). Já o art. 932, inciso III, do mesmo diploma prevê que “são também responsáveis pela reparação civil o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir”. Dessa forma, o hospital ou a instituição de ensino também figuram

como partes potencialmente responsáveis pelos atos de seus residentes e preceptores, em razão do vínculo de subordinação e do dever de fiscalização institucional.

Sílvio de Salvo Venosa (2023, p. 147) sustenta que “quem tem o dever de vigiar responde pelos danos causados por aquele que se encontra sob sua guarda ou direção, em virtude da culpa *in vigilando*”. Assim, o preceptor, ao assumir a função de orientar o residente, passa a ser corresponsável por zelar não apenas pela qualidade técnica do procedimento, mas também pela segurança do paciente, sendo que, por consequência, a responsabilidade do preceptor não se restringe ao campo ético-didático, mas alcança o plano jurídico, especialmente quando o dano resulta de falha previsível ou de ausência de acompanhamento efetivo.

A análise da divisão da responsabilidade civil entre o médico residente e o preceptor constitui tema relevante no campo jurídico e ético, especialmente diante da crescente judicialização da medicina e da complexidade das relações que se estabelecem entre o paciente, o profissional em formação e a instituição de ensino e saúde.

Diante da crescente judicialização da saúde, e do crescimento de programas de residência médica, que disponibilizam atendimento médico realizado pelos residentes, sob a supervisão dos preceptores, a quem caberia a culpa por erro médico? Além do aspecto legal, é imprescindível destacar o viés ético-profissional, uma vez que o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) impõe ao médico o dever de agir com prudência, competência e zelo, especialmente em situações que envolvem o ensino e a prática supervisionada, pois tanto o residente quanto o preceptor estão vinculados ao dever de evitar danos previsíveis, respeitando os princípios da beneficência, não maleficência e responsabilidade solidária para com o paciente (Souza, 2024, p.22-47). Considerando estes fatos, o erro médico no contexto de residência médica não pode ser analisado isoladamente, devendo-se sempre ponderar as circunstâncias, o grau de supervisão e a complexidade do caso clínico.

O presente estudo busca investigar a divisão da responsabilidade civil entre o médico residente e o preceptor, examinando a legislação aplicável, a doutrina e a jurisprudência pátria, no intuito de compreender se a responsabilidade é solidária, subsidiária ou individualizada, considerando-se a natureza formativa da residência e o dever de supervisão do preceptor, a fim de garantir a segurança do paciente e a justa aplicação da responsabilidade civil. A escolha deste tema justifica-se pela necessidade de compreender os limites da responsabilidade civil em um cenário de crescente judicialização da medicina. Busca-se analisar como conciliar, de forma ética e justa, o direito do paciente à reparação de danos com a natureza pedagógica da residência médica, esclarecendo a "zona cinzenta" da culpa (quem responde pelo erro?), e evitando que o residente e o preceptor sejam penalizados injustamente. Os resultados poderão contribuir para

o aprimoramento do ensino médico, para a segurança jurídica das instituições de saúde e para o fortalecimento dos princípios éticos que regem o exercício da medicina no Brasil contemporâneo.

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a divisão da responsabilidade civil entre o médico residente e o preceptor em casos de danos causados ao paciente durante o processo de formação médica. Já, os objetivos específicos consistem em identificar os limites legais de atuação de ambos os profissionais e determinar o alcance da efetividade da supervisão médica sobre o residente. Busca-se delimitar também a natureza dessa responsabilidade jurídica, se solidária, integrada ou individualizada, examinando que forma o grau de autonomia concedida ao residente e a qualidade da fiscalização exercida pelo preceptor influenciam diretamente na caracterização da culpa e na consequente distribuição do dever de indenizar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nas últimas décadas, o Brasil tem vivenciado um expressivo aumento da judicialização da saúde, fenômeno que reflete tanto o maior acesso da população à informação quanto a crescente conscientização acerca dos seus direitos fundamentais (Souza, 2025, p. 14-16; Miranda *et al.*, 2021; Mapelli Junior, 2017). Dentre os inúmeros aspectos que compõem essa realidade, a responsabilidade civil médica assume papel de destaque, pois o artigo 2º da Lei 12.842/2023 afirma que “o objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza” (Brasil, 2013). Ou seja, o exercício da medicina, embora essencial à vida e à dignidade humana, envolve riscos inerentes à prática clínica e cirúrgica.

O sistema de saúde brasileiro dispõe de programas de residência médica, conceituado como “uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviços” (Brasil, s/d, residência médica; Brasil, 1981). Os procedimentos de avaliação dos médicos residentes são regulamentados pela Resolução nº 4 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM, 2023). A CNRM regulamenta as Comissões de Residência Médica (COREMEs), através da Resolução nº 16 (CNRM, 2022). Tais programas disponibilizam atendimento médico realizado pelos residentes, sob a supervisão dos preceptores. Juridicamente, o médico residente possui um registro profissional ativo (CRM), o que o habilita ao exercício da medicina, mas sua atuação no programa é limitada pela natureza pedagógica do vínculo.

O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), em seu capítulo de responsabilidade profissional, veda ao médico "deixar de assumir a responsabilidade por qualquer ato médico que tenha realizado ou indicado, ainda que solicitado ou admitido por outro médico" (Brasil, 2018). No contexto da residência, segundo Kfoury Neto (2019, p. 142), "o preceptor responde por culpa *in vigilando* quando permite que o residente realize procedimentos para os quais ainda não possui a competência técnica consolidada, ou quando se ausenta da supervisão direta em casos de alta complexidade", o que caracteriza que a autonomia do residente é progressiva. Os limites de sua responsabilidade legal estão intrinsecamente ligados à sua fase de formação: quanto menor a experiência do residente, maior é a carga de responsabilidade depositada sobre o preceptor, que deve assegurar a efetividade da supervisão como salvaguarda ao paciente.

Assim, surge a necessidade de se analisar, com rigor jurídico, a distribuição da responsabilidade civil entre o médico residente e o preceptor, especialmente diante de eventuais danos causados ao paciente durante o processo de aprendizado profissional supervisionado.

3 METODOLOGIA

A metodologia é de caráter teórico e qualitativo, fundamentada na legislação brasileira, na doutrina civilista e em entendimentos jurisprudenciais recentes do Superior Tribunal de Justiça, partindo-se da pergunta norteadora "Quais os limites da responsabilidade civil do médico preceptor e do médico residente em caso de dano ao paciente?"

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

4.1 Responsabilidade Médica: Conceito e Evolução

A responsabilidade médica fundamenta-se na obrigação do profissional de responder pelas consequências de seus atos no exercício da medicina. Segundo França (2022, p. 245), "o médico não se compromete com a cura (obrigação de resultado), mas sim com a aplicação técnica correta e zelosa do conhecimento científico disponível (obrigação de meio)". No caso da residência, essa "obrigação de meio" é bifronte: o residente deve aprender executando, e o preceptor deve ensinar vigiando.

4.1.1 Responsabilidade Médica e o Erro Médico

A responsabilidade médica é a obrigação jurídica de reparar danos causados no exercício profissional. Segundo França (2022), a medicina é uma atividade de meios, e não de resultados, exceto em casos específicos como a cirurgia estética embelezadora. Para que se configure o dever de indenizar, é imprescindível a presença do trinômio: conduta culposa, dano e nexo de causalidade (França, 2022). A residência médica é definida pela Lei nº 6.932/1981 como uma modalidade de ensino de pós-graduação sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço (Brasil, 1981). O exercício da medicina, mesmo em caráter formativo, atrai o instituto da responsabilidade médica, que é, segundo França (2022) a obrigação de ordem civil, penal ou administrativa a que os médicos estão sujeitos no exercício de sua profissão, em virtude de danos causados a seus pacientes.

No ponto central desta discussão está o erro médico, que se configura como uma falha no exercício profissional, advinda de uma conduta culposa (Kfouri Neto, 2019):

“O erro médico é o dano causado ao paciente pelo médico, no exercício de sua profissão, por ação ou omissão, com a presença de um dos elementos da culpa: negligência, imprudência ou imperícia. Não se confunde com o resultado adverso ou a complicação esperada, mas sim com o desvio do padrão de cuidado exigível” (Kfouri Neto, 2019, p. 87).

O erro médico, portanto, configura-se como um defeito na prestação do serviço por inobservância de norma técnica, manifestado por negligência, imprudência ou imperícia (Kfouri Neto, 2019, p. 92). O erro médico surge quando há uma quebra desse dever de cuidado.

"O erro médico é o mau resultado involuntário, porém previsível, decorrente de uma falha técnica por parte do profissional. Ele se ramifica na imperícia (falta de conhecimento técnico), na imprudência (ação precipitada) ou na negligência (omissão ou desleixo)" (Kfouri Neto, 2019, p. 92).

No contexto da residência, a imperícia deve ser analisada com cautela, pois “o residente está em estado de 'imperícia consentida' e supervisionada. A sociedade e o Estado permitem que ele execute atos para os quais ainda não está plenamente apto, desde que haja a figura do preceptor para mitigar o risco" (Kfouri Neto, 2019).

Ou seja, no contexto da residência, o limite da responsabilidade do residente é balizado pelo dever de supervisão do preceptor. O Código de Ética Médica (2018), em seu Artigo 1º, veda ao médico causar dano ao paciente por ação ou omissão caracterizável como imperícia,

imprudência ou negligência. Para o residente, a imperícia é mitigada pela presença do preceptor, que detém a culpa *in vigilando* (falha na vigilância). Se o preceptor permite que o residente execute ato complexo sem supervisão, ele assume o risco do resultado, configurando a responsabilidade direta pelo evento danoso.

4.1.2 O Papel do Preceptor e o Dever de Vigilância (“Culpa *in Vigilando*”)

O preceptor não é apenas um instrutor; ele é o garantidor da segurança do paciente dentro do ambiente de ensino. O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) estabelece que a responsabilidade por atos médicos realizados por alunos ou residentes é compartilhada com o supervisor.

A doutrina civilista denomina essa falha como culpa *in vigilando*. Quando um preceptor, por exemplo, permite que um residente de primeiro ano (R1) realize uma cirurgia de alta complexidade sem supervisão direta, ele está assumindo o risco de um resultado danoso. A negligência aqui não é do residente em "tentar aprender", mas do preceptor em "não supervisionar". A autonomia do residente deve ser proporcional ao seu tempo de residência e à competência demonstrada, conforme o princípio da confiança legítima.

4.2 Natureza da Responsabilidade Civil no Erro Médico: Solidariedade, Subsidiariedade e Individualização

A responsabilidade civil médica no Brasil, via de regra, é de natureza subjetiva, fundamentada no Art. 186 e Art. 927 do Código Civil, exigindo a comprovação da culpa (Brasil, 2002). A análise da responsabilidade civil nos tribunais brasileiros, especialmente no Superior Tribunal de Justiça (STJ), evoluiu de uma visão puramente punitiva para uma análise baseada na distribuição equitativa do dano. Quando o dano ocorre no âmbito de um programa de residência, a doutrina civilista debate a forma de reparação: se solidária (todos respondem pelo todo) ou subsidiária.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem orientado que, em hospitais-escola, a responsabilidade da instituição é objetiva perante o paciente, mas a divisão entre residente e preceptor deve ser individualizada no direito de regresso.

Segundo a jurisprudência:

A responsabilidade dos profissionais liberais, inclusive médicos, é subjetiva (art. 14, § 4º, do CDC). No caso de residentes, a análise deve considerar o nexo causal entre a orientação do preceptor e a execução do residente. Havendo falha na supervisão, a solidariedade é a regra para garantir a reparação integral ao consumidor (Brasil, STJ, 2023).

As instituições hospitalares e universidades onde se realizam as residências respondem, perante o paciente, de forma objetiva, com base no Artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor (CDC) (Brasil, 1990). Isso significa que o paciente não precisa provar a culpa do hospital, apenas o dano e o nexo causal. Por outro lado, o Recurso Especial nº 1.145.728/MG, o STJ firmou que a responsabilidade dos profissionais liberais é subjetiva (Brasil, 2023).

4.3 A Natureza da Responsabilidade Civil e a Divisão da Culpa no Erro Médico

4.3.1 Responsabilidade Objetiva das Instituições vs. Subjetiva dos Profissionais

No Brasil, vigora o sistema do Art. 14 do Código de Defesa do Consumidor (CDC) (Brasil, 1990). Enquanto a instituição de saúde (hospital-escola) responde objetivamente pelos danos causados em suas dependências, a responsabilidade dos médicos (residente e preceptor) permanece subjetiva, dependendo da prova da culpa.

Em agravo de instrumento nº 1.206.817-4 da 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná -PR (2014), houve o reforço de que a solidariedade prevista no Art. 942 do Código Civil (2002) não deve ser interpretada de forma cega no ambiente acadêmico. É necessário distinguir a natureza da conduta analisada: haverá solidariedade quando o erro decorrer de decisão conjunta entre os envolvidos ou de falha sistêmica de supervisão, caracterizando responsabilidade compartilhada; por outro lado, haverá responsabilidade individual quando o residente, em desobediência a protocolos claros ou em ato de rebeldia técnica, atuar de forma autônoma e à revelia das orientações do preceptor.

A delimitação da responsabilidade civil entre residente e preceptor exige a análise do nexo causal e da conduta culposa. O Código Civil Brasileiro (2002), no seu art. 942, estabelece a regra da solidariedade para os autores do dano. No entanto, no Direito Médico, a individualização da conduta é essencial para evitar injustiças.

Doutrinadores como Flávio Tartuce (2020) defendem que, embora a solidariedade proteja a vítima (o paciente), o juiz deve, na análise do caso concreto, graduar a culpa. Se o residente seguiu rigorosamente a orientação (equivocada) do preceptor, a responsabilidade deve

recair sobre este último. Por outro lado, se o residente agiu com temeridade, ignorando ordens expressas, a responsabilidade deve ser individualizada.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem consolidado o entendimento de que a responsabilidade do médico, inclusive do preceptor, é subjetiva, dependendo da prova de culpa (negligência, imprudência ou imperícia). Em precedentes recentes, o STJ reforça que as instituições de saúde respondem objetivamente pelos danos causados por seus profissionais, mas o direito de regresso e a análise ética individualizada permitem distinguir as condutas (Resp 1.145.728) (Brasil, 2023).

A discussão sobre a subsidiariedade surge quando o residente atua sob ordem direta e equivocada do preceptor. Nesse caso, a doutrina civilista majoritária aponta para a responsabilidade solidária perante o paciente, mas com possibilidade de o residente eximir-se internamente se provar que agiu estritamente sob comando hierárquico, configurando a responsabilidade principal do preceptor pela falha no ensino e na condução do caso clínico (Souza, 2024).

4.3.2 O Erro do Paciente como Excludente de Responsabilidade

A responsabilidade civil não é absoluta. O erro do paciente, tecnicamente chamado de culpa exclusiva da vítima, rompe o nexo causal. Ocorre quando o paciente omite dados de sua história clínica ou descumpre prescrições, ou seja, quando o dano é fruto do descumprimento das orientações médicas, como a omissão de informações no prontuário ou o abandono do tratamento. Conforme Tartuce (2020), se o dano decorre de conduta do próprio paciente que rompe o nexo de causalidade, não há que se falar em dever de indenizar por parte do residente ou do preceptor, uma vez que o médico não pode ser responsabilizado por eventos fora de seu controle técnico; isto é, se o dano advém de conduta do próprio lesado, não há nexo entre o ato do residente/preceptor e o prejuízo, isentando os profissionais de indenizar. "O dano que decorre de conduta imprópria do próprio lesado retira do agente o dever de indenizar, pois o fato da vítima é causa interruptiva do nexo de causalidade" (Tartuce, 2020, p. 412).

4.4 Natureza da Responsabilidade Civil e Graduação da Culpa

4.4.1 Nexo Causal e graduação da culpa: a influência da autonomia e da supervisão no dever de indenizar

No ordenamento jurídico brasileiro, a responsabilidade civil das instituições hospitalares e universitárias (hospitais-escola) perante o paciente é objetiva, fundamentada no artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Isso significa que o paciente não precisa provar a culpa do hospital, apenas o dano e o nexo causal. Por outro lado, a responsabilidade pessoal dos profissionais envolvidos (residente e preceptor) permanece subjetiva, obrigatoriamente da prova, dependendo da responsabilidade de culpa (negligência, imprudência ou imperícia), conforme o art. 14, § 4º do CDC e arts. 186 e 927 do Código Civil.

Em relação à participação do médico residente, há farta jurisprudência analisada no Estado de São Paulo, apontando como o Judiciário tem analisado os casos:

O médico residente, por ser profissional já graduado, responde a ações de responsabilidade civil em conformidade à legislação civilista ou consumerista de acordo com o âmbito do serviço prestado, se público ou privado, respectivamente. Este trabalho levantou a jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo em que residentes atuaram no polo passivo de lides sobre erro médico no estado de São Paulo, entre janeiro de 1998 e dezembro de 2016. As decisões indicaram que nas ações em que o residente respondeu com superiores hierárquicos acadêmicos eles não tiveram sua culpa apreciada e, sim, a dos seus supervisores, exceto em casos de erro grosseiro. Quando participaram do feito junto à equipe do hospital, sem que houvesse vinculação acadêmica, foram condenados em todas as ações, mediante verificação de culpa pessoal sobre o dano. Nas lides em que responderam sozinhos apenas com o hospital, foram condenados em apenas 2 casos (14,3%). Muito embora várias das instituições privadas que compuseram a amostra fossem prestadoras de serviço público, tanto seus médicos quanto os residentes não deveriam ter participado das lides por terem atuado como agentes públicos, porém a ilegitimidade não foi suscitada nas ações tempestivamente. O dever do médico de prover informação aos pacientes mereceu destaque nos acórdãos, já que a conduta esclarece quais procedimentos serão realizados e seus possíveis efeitos adversos. A falta de documentação neste sentido pode suscitar o entendimento de que houve dano indenizável pelos magistrados (Kurauchi, Piacsek, Motta, 2017).

Para melhor entendimento, vejamos como a medida da responsabilidade pode ser escalonada. A Responsabilidade pode ser solidária: regra geral perante o paciente (Art. 942, CC), especialmente quando há falha no ensino e na execução simultâneos, ou quando há falha de comunicação ou diagnóstico conjunto equivocado (Brasil, 2002). A responsabilidade

também pode ser subsidiária: Quando se comprova que o residente foi apenas o "longa manus" (executor) de uma decisão tecnicamente errada do preceptor, ou quando exorbita suas funções de forma voluntária e consciente (erro crasso), agindo contra os protocolos da instituição (Gonçalves, 2022; Kurauchi, Piacsek, Motta, 2017; Diniz, 2024). E também pode ser exclusiva do preceptor: ocorre quando o dano decorrer de sua conduta omissiva ou comissiva no exercício do dever de supervisão, especialmente em casos de abandono de plantão, ausência de acompanhamento em procedimentos de alta complexidade realizados por residente não autorizado ou não habilitado para atuação autônoma, bem como nas hipóteses em que o prejuízo resulte de orientação técnica direta inadequada, equivocada ou prestada em desconformidade com os protocolos institucionais e padrões de segurança aplicáveis (Kfoury Neto, 2021; França, 2022; Brasil, 1981).

Além disso, a responsabilidade civil não é absoluta e pode ser afastada pela culpa exclusiva da responsabilidade da vítima (erro do paciente). Se o paciente omite dados cruciais de seu histórico clínico ou descumpre dolosamente as prescrições e tratamentos, rompe-se o nexo de causalidade, isentando os profissionais do dever de indenizar (Diniz, 2024; Gonçalves, 2022; Kfoury Neto, 2021; França, 2022).

Diante destas possibilidades, a segurança jurídica nas instituições de saúde depende da clara delimitação de funções e do registro documental (prontuários) que ateste se a supervisão foi, de fato, efetiva e presente. Ademais, a pesquisa qualitativa demonstra que a "efetividade da supervisão" não se resume à presença física do preceptor, mas à qualidade das instruções e à vigilância constante (Kurauchi, Piacsek, Motta, 2017).

A autonomia excessiva, quando o residente realiza atos além de sua capacidade técnica sem consultar a preceptoria, pode levar à individualização da responsabilidade e, por outro lado, se o preceptor delega tarefa complexa a um residente iniciante e o dano ocorre, a culpa do preceptor é manifesta (Kuhnen, 2002). Segundo Tartuce (2020), a graduação da culpa é ferramenta para a justa aplicação da responsabilidade civil, onde o magistrado deve sopesar a "perda de uma chance" de cura do paciente frente à falha no processo de ensino.

Assim, o dever de indenizar não deve ser distribuído de forma automática. A análise qualitativa das circunstâncias, tais como o horário do atendimento, a disponibilidade do preceptor e o histórico escolar do residente, é o que define se a responsabilidade será integralmente do preceptor (por omissão de socorro ou supervisão), do residente (por imprudência temerária) ou solidária entre ambos e a instituição de saúde (Kfoury Neto, 2021; França, 2022; Gonçalves, 2022).

4.4.2 A Responsabilidade Objetiva das Instituições e o Direito de Regresso

Os hospitais e instituições de ensino respondem de forma objetiva perante o paciente (Art. 14, CDC) (Brasil, 1990). No entanto, a responsabilidade pessoal dos médicos envolvidos é subjetiva (Art. 14, § 4º, CDC) (Brasil, 1990). O Superior Tribunal de Justiça (STJ), no REsp nº 1.145.728/MG, consolidou que a prova da culpa é indispensável para responsabilizar o médico.

O preceptor detém o dever de garantidor. A doutrina majoritária e o STJ aplicam a responsabilidade solidária (Art. 942, CC) quando há falha na supervisão (Brasil, 2002). A culpa *in vigilando* ocorre quando o preceptor se omite, permitindo que o residente atue além de sua competência. Contudo, para que o hospital cobre o prejuízo do preceptor ou do residente (direito de regresso), a culpa destes deve ser cabalmente provada. No Recurso Especial nº 1.145.728/MG, o STJ firmou que a responsabilidade dos profissionais liberais é subjetiva (Brasil, 2023).

Assim, se um erro ocorre durante a residência, o hospital paga a conta primeiro, mas a discussão sobre "quem errou" acontece nos bastidores jurídicos da ação de regresso ou na denúncia da lide. O erro médico não é um crime de dano por si só, mas um defeito na prestação do serviço por inobservância de norma técnica. No contexto formativo, a imperícia ganha contornos específicos.

4.5 Direito Comparado: França, Portugal e Itália

A análise da responsabilidade civil no âmbito da residência médica (ou internato médico, como denominado em outros países) revela uma tendência global de proteção ao paciente, sem, contudo, asfixiar o processo de aprendizagem do jovem profissional.

4.5.1 França: A Falha do Serviço vs. Falha Pessoal

Na França, o interne é agente do serviço público. A distinção entre *faute de service* (erro do hospital/sistema) e *faute personnelle* (erro crasso do residente) é o que define quem paga a conta. O sistema francês privilegia a indenização administrativa, mas mantém o direito de regresso contra o residente em casos de imprudência temerária (Chapus, 2001).

Apesar disso, a jurisprudência do Conselho de Estado francês (Conseil d'État) estabelece que, em caso de erro cometido por um residente em hospital público, a responsabilidade inicial é do Estado (responsabilidade administrativa) (França, 1951).

No entanto, a França é rigorosa na distinção entre a falha do serviço (*faute de service*) e a falha pessoal (*faute personnelle*). Se o residente comete um erro crasso, agindo com imprudência incompatível com o seu nível de formação, ele pode ser demandado pessoalmente (França, 2024). A doutrina francesa enfatiza que o preceptor (*chef de clinique*) deve garantir que o residente não seja colocado em situações que excedam suas capacidades, sob pena de responsabilidade por "falha na organização da assistência" (França, 2022).

4.5.2 Portugal e Itália: O Foco na Supervisão

Em Portugal, o Orientador de Formação tem responsabilidade funcional. Se o interno erra por falta de orientação, a culpa é do orientador. O documento base que define a relação entre o interno e o orientador é o Decreto-Lei n.º 13/2018 (Portugal, 2018). Complementa a lei, detalhando as competências do orientador e a autonomia progressiva do interno, a portaria n.º 79/2018, do Ministério da Saúde de Portugal, bem como pareceres da Ordem dos Médicos de Portugal, como o Parecer 15/2019, que trata da Autonomia técnica e responsabilidade do interno de especialidade. Segundo a doutrina portuguesa, o "interno" (equivalente ao residente brasileiro) possui autonomia técnica crescente, mas o seu Orientador de Formação detém uma responsabilidade funcional acentuada.

Conforme leciona André Dias Pereira (2019), referência doutrinária do Direito da Saúde em Portugal, a responsabilidade do interno é atenuada pela presença do orientador. Se o erro ocorre num contexto em que o orientador deveria estar presente e não estava, a jurisprudência portuguesa tende a imputar a culpa ao serviço de saúde e ao orientador por violação das *leges artis* (regras da arte) de supervisão. Portugal adota o conceito de "perda de chance" (*perte de chance*) de forma muito similar à brasileira, punindo a falha na supervisão que retira do paciente a probabilidade de cura.

Já, o sistema italiano traz uma contribuição valiosa através do conceito de Responsabilidade de Equipe (*Responsabilità d'équipe*). Na Itália, o médico residente é parte de uma unidade orgânica liderada pelo Direttore da Unità Operativa ou pelo preceptor. No âmbito da *Responsabilità d'équipe*, a jurisprudência italiana (Corte di Cassazione, 2019) reforça que o residente, inserido em uma unidade orgânica, compartilha a responsabilidade, mas sua culpa é

analisada sob o prisma da supervisão do Direttore da Unità Operativa, transferindo o risco do erro leve (*colpa lieve*) para a estrutura hospitalar (Mariotti, 2018).

Um ponto distintivo da legislação italiana (especialmente após a Lei Gelli-Bianco de 2017) é a tentativa de reduzir a medicina defensiva (Itália, 2017). Para o residente, a análise da culpa foca na observância de diretrizes e boas práticas. Se o residente seguiu o protocolo estabelecido pelo preceptor ou pela instituição, sua responsabilidade é minimizada. A jurisprudência italiana diferencia a *colpa grave* da *colpa lieve* (culpa leve), entendendo que pequenos erros técnicos cometidos no calor do aprendizado, sob supervisão, não devem necessariamente gerar indenizações astronômicas por parte do residente, mas sim do hospital que assume o risco do ensino (Itália, 2019). Ou seja, na Itália, a Lei Gelli-Bianco (2017) busca reduzir a medicina defensiva, protegendo o residente que segue as diretrizes (*linee guida*) estabelecidas, transferindo a responsabilidade para a estrutura hospitalar em casos de falhas sistêmicas.

Ao analisarmos França, Itália e Portugal, verifica-se que o Brasil converge com a Europa ao entender que a residência médica é uma atividade de risco compartilhado e que o nexo de causalidade deve ser analisado sob o prisma da hierarquia técnica. Entretanto, ao compararmos os quatro países, temos as principais diferenças no quadro abaixo:

Quadro 1: comparativo entre os modelos de responsabilidade do médico preceptor e do médico residente em França, Portugal, Itália e Brasil

País	Modelo de Responsabilidade	Foco Jurídico	Quem "paga a conta" inicialmente?
França	Administrativo Puro	Distinção entre Faute de service vs. Faute personnelle.	O Estado. O residente só paga em regresso se houver erro crasso.
Portugal	Hierárquico/Funcional	Culpa do Orientador (in vigilando). Autonomia crescente.	O Hospital/ Estado, devido à falha na supervisão do orientador.
Itália	Orgânico (Equipe)	Cumprimento de Linee Guida (Diretrizes) e Lei Gelli-Bianco.	A Unidade Operativa. Protege o residente em caso de culpa leve.
Brasil	Civilista/Solidário	Responsabilidade Objetiva do Hospital e Subjetiva do Médico.	O Hospital/ Estado. Mas o residente costuma figurar no polo passivo.

Fonte: os autores.

Não se pode exigir do residente que desobedeça a uma ordem direta do preceptor, a menos que esta seja manifestamente ilegal ou absurda. A doutrina civilista brasileira, inspirada na alemã e na italiana, aplica aqui o princípio da confiança. O residente confia na expertise do preceptor; o paciente confia na estrutura da instituição. Quando essa cadeia de confiança é

rompida por um erro, a responsabilidade deve ser distribuída proporcionalmente ao poder de decisão de cada agente (Tartuce, 2020).

Desse modo, a responsabilidade civil do médico residente não pode ser analisada isoladamente, devendo ser interpretada à luz da estrutura pedagógica da residência médica e do dever permanente de supervisão técnica exercido pelo preceptor e pela instituição hospitalar. A autonomia do residente é progressiva e limitada, razão pela qual a ausência de supervisão efetiva configura falha estrutural apta a ensejar responsabilidade solidária ou predominante do preceptor e do hospital-escola (Brasil, 1981; Kfoury Neto, 2021; França, 2022). Conforme destaca Kfoury Neto (2021), a responsabilidade do médico em formação deve ser analisada em conjunto com os deveres institucionais de orientação, fiscalização e supervisão técnica, sobretudo em procedimentos que extrapolem a capacidade de atuação autônoma do residente.. Dessa forma, a responsabilização civil deve observar critérios de proporcionalidade, causalidade adequada e distribuição equitativa da culpa, evitando tanto a impunidade quanto a penalização excessiva do médico em formação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma análise da responsabilidade civil no âmbito da residência médica revela que o avanço da judicialização da saúde no Brasil exige uma superação de fórmulas doutrinárias binárias ou automáticas. Conclui-se que a autonomia técnica do médico residente é essencialmente progressiva, limitada e sob dependência direta do dever permanente de supervisão do preceptor. Embora o médico residente seja um profissional habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, a natureza híbrida (pedagógica e laboral) desse sistema de ensino impede que sua atuação seja avaliada de forma isolada, situando o preceptor na qualidade de garantida da segurança do paciente dentro do ambiente de saúde.

Embora o ordenamento jurídico brasileiro proteja a vítima na esfera externa por meio da responsabilidade objetiva dos hospitais (art. 14 do CDC) e da solidariedade civil (art. 942 do CC), a distribuição interna do dever de indenizar exige uma análise minuciosa da causalidade adequada. Nos bastidores da lide, seja por meio do direito de regresso ou da denúncia da lide, o nexos causal e a repartição do prejuízo devem oscilar conforme a efetividade da supervisão e a complexidade do ato. Quando o preceptor se omite, abandona o plantão ou delega procedimentos de alta complexidade a residentes iniciantes sem o devido acompanhamento, atrai para si a *culpa em vigiar*, respondendo principal ou exclusivamente por dano. Por outro lado, se o residente atua em ato de rebeldia técnica, ignorando ordens expressas e protocolos

claros da instituição, a responsabilidade deve ser individualizada sobre ele, da mesma forma que ambos são elididos nas hipóteses de culpa exclusiva da vítima, caso a conduta do próprio paciente rompa o nexo de causalidade. O papel do julgador ganha relevo geométrico. O magistrado deve aplicar critérios de proporcionalidade, avaliando o horário do atendimento, a complexidade do caso clínico, o ano de formação do residente e a efetiva disponibilidade do supervisor.

Os modelos da França (com a distinção entre falha do serviço e pessoal), de Portugal (com o foco na responsabilidade funcional do orientador) e da Itália (com a responsabilidade de equipe e a atenuação da culpa leve pela Lei Gelli-Bianco) convergem para uma tendência global: o erro de correção no calor do aprendizado supervisionado deve ser abordado prioritariamente pelo risco da atividade institucional, punindo-se o residente apenas em casos de erro crasso ou temeridade.

Para salvaguardar a segurança jurídica dos profissionais e garantir a proteção do paciente, faz-se necessário o fortalecimento dos protocolos institucionais claros e do registro documental exaustivo em prontuários. Somente com o registro formal da efetividade da supervisão será possível dissipar a "zona cinzenta" da culpa, garantindo que o erro médico no ambiente de formação seja julgado com a justiça proporcional à orientação do ensino. Dessa forma, busca-se harmonizar o direito do paciente à reparação integral dos danos eventualmente sofridos com a natureza formativa e pedagógica da residência médica, assegurando que a atribuição de responsabilidade observe critérios de proporcionalidade, causalidade e individualização da conduta. Tal perspectiva contribui para o fortalecimento da segurança assistencial, da ética profissional e da qualidade da formação médica especializada, em consonância com os princípios que regem o sistema de saúde e a responsabilidade civil contemporânea.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 mar. 2026.
- BRASIL. 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná - PR. **Agravo de instrumento nº 1.206.817-4**. Curitiba, 22 de julho de 2014.
- BRASIL. [Código Civil (2002)]. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. [Código Civil (2002)]. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. [Código de Defesa do Consumidor (1990)]. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013.** Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm. Acesso em: 4 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.** Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jul. 1981. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência Médica.** s/d. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica>. Acesso em: 4 mar. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.145.728/MG.** Relator: Ministro Joatan Marcos de Almeida. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/items/f9eb47b5-9e78-4bae-833a-dd308c534d91>. Acesso em: 18 mar. 2026.

CHAPUS, René. **Droit administratif général.** 15. ed. Paris: Montchrestien, 2001. v. 1. Disponível em: <https://files01.core.ac.uk/download/pdf/226968608.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2026.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). **Resolução CNRM nº 16 de 30 de setembro de 2022.** Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica (COREMEs) nas instituições de saúde que oferecem os Programas de Residência Médica (PRMs) e dá outras providências. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/pdf/Resolucao_n__16Coreme.pdf. Acesso em: 4 mar. 2026.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). **Resolução CNRM nº 4/2023.** Dispõe sobre os procedimentos de avaliação dos Médicos Residentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residenciamedica/pdf/RESOLUON4DE1DENOVEMBRODE2023RESOLUON4DE1DENOVEMBRODE2023DOUImprensaNacional.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217/2018.** Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 nov. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/resolucoes/resolucao-cfm-n-2217-2018/>. Acesso em: 4 mar. 2026.

DE SOUZA, Wendell Lopes Barbosa. **O Erro Médico nos Tribunais--2025.** Editora Foco, 2025. p. 14-16.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil**. 38. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2024.

FRANÇA. **Code de la santé publique**. Artigo L1142-1. Paris: Dalloz, 2024. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr>. Acesso em: 18 mar. 2026.

FRANÇA. Conseil d'État. **Arrêt Laruelle, 28 de julho de 1951**. Recueil Lebon. Disponível em: <https://www.conseil-etat.fr>. Acesso em: 18 mar. 2026.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade Civil**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. pp. 31, 61-65, 308-309, 526-544, 717.

ITÁLIA. Corte Suprema di Cassazione. **Sentenza n. 28912/2019** (Trata da responsabilidade civil sanitária e a aplicação da Lei Gelli-Bianco quanto ao nexo de causalidade e culpa). Roma, 11 nov. 2019. Disponível em: <https://www.italggiure.giustizia.it>. Acesso em: 18 mar. 2026.

ITÁLIA. **Legge 8 marzo 2017, n. 24**. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Gazzetta Ufficiale: Serie Generale, n. 64, 17 mar. 2017. Disponível em: <https://www.gazzettaufficiale.it>. Acesso em: 18 mar. 2026.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

KUHNEN, Evaristo. Da responsabilidade do preceptor diante do erro do médico residente. **Caderno de Debates da RBORL**, v. 68, n. 5, p. 20-23, 2002. Disponível em: http://oldfiles.bjorl.org/suplementos/detalhes_debates.asp?id=9. Acesso em: 18 mar. 2026.

KURAUCHI, A. T. N.; PIACSEK, M. V. M.; MOTTA, M. V. Responsabilidade Civil do Residente em Medicina: Jurisprudência do Estado de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 26-40, 2017.

MAPELLI JUNIOR, R. **Judicialização da saúde**: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. São Paulo: Atheneu, 2017. 237 p.

MIRANDA, W. D. *et al.* A encruzilhada da judicialização da saúde no Brasil sob a perspectiva do Direito Comparado. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 197–223, 2021. DOI: 10.17566/ciads.v10i4.736. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/736>. Acesso em: 4 mar. 2026.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **Direito da Saúde e Bioética**. Coimbra: Almedina, 2019.

PESSOTTI, Luíza Gomes; ANDRÉ, Victor Conte. Responsabilidade civil do médico preceptor por danos morais causados aos pacientes nas escolas médicas. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 15, n. 1, p. 1-30, 2025.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 13/2018, de 26 de fevereiro**. Estabelece o regime jurídico do internacional médico. Diário da República: série I, n.º 40, p. 1018-1033, 2018. Disponível em: <https://dre.pt>. Acesso em: 18 mar. 2026.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 79/2018, de 16 de março**. Aprova o Regulamento do Internato Médico. Diário da República: série I, n.º 54, p. 1438-1463, 2018. Disponível em: <https://dre.pt>. Acesso em: 18 mar. 2026.

PORTUGAL. Ordem dos Médicos. Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica. **Parecer n.º 15/2019**: Autonomia técnica e responsabilidade do interno de especialidade. Lisboa: Ordem dos Médicos, 2019.

SANTOS, CSM; GUEVARA, L. Limites da responsabilidade ética e civil do médico residente. **Revista Direito UNIFACS – Debate Virtual**, n. 272, 2023. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/8064/4755>. Acesso em: 6 mar. 2026.

SILVA, José Afonso; COSTA, Ricardo M. Responsabilidade civil médica: aspectos jurídicos e éticos da residência. **Revista Bioética e Direito**, v. 2, pág. 83–98, 2019. Disponível em: <https://revistas.unb.br/index.php/rbd/article/view/28956>. Acesso em: 4 de março de 2026.

SOUZA, Thiago Lúcio Rodrigues de. **Responsabilidade civil e especialização médica**. 2024. Dissertação (Mestrado em Direito Civil) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024, p. 22-47. doi:10.11606/D.2.2024.tde-25112024-160223. Acesso em: 18 mar. 2026.

SOUZA, Wendell Lopes Barbosa. **O Erro Médico nos Tribunais - 2025**. Editora Foco, 2025. pág. 14-16.

TARTUCE, Flávio. **Manual de Direito Civil**: volume único. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2020.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL – TJDF- Acórdão 1248963, 00342086220158070018, Relator: ARQUIBALDO CARNEIRO PORTELA, 6ª Turma Cível, data de julgamento: 13/5/2020. Publicado no PJe : 02/06/2020.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil**: Responsabilidade Civil. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2023. p. 147.