

PARECER CREMEB Nº 04/2026

(Aprovado em Sessão Plenária de 28/04/2026)

PROCESSO CONSULTA nº 000012.10/2024-BA

ASSUNTO: Pedido de Diretor Técnico de Instituição Hospitalar quanto a obrigatoriedade na realização ou manutenção de cadastro ativo de profissional médico.

RELATORA: Consa. Máira Pereira Dantas

EMENTA: O direito de internar pacientes em determinada instituição hospitalar está condicionado ao cadastramento do médico ao Corpo Clínico, ao cumprimento do Regimento Interno, aprovado pelo CREMEB e à observância das normativas institucionais sob responsabilidade do Diretor Técnico.

DA CONSULTA

O Diretor Técnico (DT) de instituição hospitalar devidamente constituída e inscrita nesse egrégio Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia encaminha consulta nos seguintes termos integralmente transcritos abaixo:

“Solicito parecer deste conceituado Conselho, quanto a obrigatoriedade do Diretor Técnico da Instituição hospitalar na realização ou manutenção de cadastro ativo de profissional médico, quando não se tratar de internação de paciente por ele acompanhado em caráter de urgência/emergência; quando o paciente já internado e não existir solicitação do paciente ou familiar pelo acompanhamento do médico; quando o profissional não é o único especialista cadastrado na Instituição; quando a Instituição não for a única naquela região com condições estruturais para o tipo de realização do procedimento eletivo e quando não existir nenhuma restrição da operadora de saúde que dificulte o procedimento de assistência em outra Instituição credenciada”

Para o perfeito entendimento da demanda e do seu enquadramento nas normativas sanitárias vigentes faz-se necessário especificar que a unidade de saúde originária se caracteriza pelo registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) quanto ao serviço prestado como hospital geral, de natureza filantrópica, voltado para a atenção terciária de alta complexidade, com estrutura física multibloco e estrutura funcional formada por corpo clínico aberto, sediada na cidade de Salvador-Bahia.

DO PARECER

Desde a publicação em Diário Oficial da União do [Decreto Lei nº 20.931](#) de 11 de janeiro de 1932 que regulamenta e fiscaliza o exercício da medicina no Brasil, os institutos hospitalares de qualquer natureza, públicos ou particulares só podem funcionar sob a responsabilidade e direção



técnica de médicos, sendo indispensável para o seu funcionamento, a respectiva licença da autoridade sanitária.

A [Resolução nº 2.147 de 2016](#) do Conselho Federal de Medicina que “estabelece as normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos é clara ao afirmar que são deveres da direção técnica certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição”. De igual maneira, cabe ao DT viabilizar formas de “assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição”.

Conforme os normativos éticos emanados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e textualmente dispostos na [Resolução CFM nº 1.481/1997](#) “os médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram constituem o Corpo Clínico, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural”.

A organização funcional do Corpo Clínico das entidades prestadoras de assistência médica no Brasil deve ser dada por Regimento Interno devidamente aprovado e homologado no Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição, tal qual previsto na [Resolução CFM nº 1.124/1983](#) que especifica atribuições, bem como regras de admissão e exclusão de seus membros.

Ocorre que para tornar possível ao responsável técnico exercer o gerenciamento do Corpo Clínico da unidade de saúde sob sua responsabilidade, faz-se necessário o controle do acesso físico e virtual às dependências de uma unidade hospitalar do profissional médico que se apresente, mediante a devida identificação e intenção funcional.

Dentre as diversas atividades que podem levar o médico a acessar uma unidade de saúde para cumprimento de tarefa designada, destaque-se que o acesso físico ocasional do médico à unidade de saúde como visitante social não exige cadastramento formal. Veja o que diz o [Parecer CFM nº 36 de 2015](#):

“Sendo assim, ao médico são permitidas visitas sociais em unidade hospitalar. Evidentemente, o acesso não pode trazer transtorno ao serviço que tem por finalidade o tratamento, nem preocupações que discriminem o médico apenas porque não está no exercício de uma função específica ligada ao local e aos pacientes internados, uma vez que ele é médico, sempre, no exercício de sua função e de seu múnus público”.

Em recente [Parecer nº 23/2025](#) exarado pelo Conselho Federal de Medicina sobre a matéria temos que:

“Importa diferenciar a atuação como médico assistente da situação analisada no [Parecer CFM nº 36/2015](#), que versa sobre a visita social



de médicos a pacientes internados, reconhecendo que, pela simbologia de sua função, não lhes poderia ser vedado o ingresso em hospitais para esse fim. Entretanto, visita social não se confunde com a condição de médico responsável por uma internação. Enquanto na visita social o profissional não assume encargos técnicos, na condição de médico assistente sua atuação exige integração plena à rotina institucional, conhecimento dos protocolos, utilização adequada dos sistemas informatizados, entrosamento com equipe multiprofissional e compromisso formal com as obrigações do corpo médico da instituição”. Por outro lado, “o direito de internar pacientes em instituições em que o médico não integra o corpo clínico deve ser equilibrado com as normas técnico-administrativas da instituição, a presença de justificativa válida para o exercício desse direito e o respeito ao interesse público e ao direito a livre iniciativa e propriedade privada. (...) O livre acesso por médicos sem qualquer compromisso com aquele estabelecimento pode configurar um abuso de direito, imerecido, visando meramente esquivar-se de obrigações às quais os outros médicos submeteram-se para que aquele hospital pudesse existir. A atuação regular e prioritária é devida aos médicos integrantes do corpo clínico, que garantem, por sua habitualidade e compromisso institucional, a segurança e a efetividade da assistência.

A realidade da medicina na atualidade inclui hospitais funcionando no limite de suas capacidades operacionais, com alta demanda, elevada taxa de ocupação de leitos e centros cirúrgicos, sendo perfeitamente aceitável que sejam adotados critérios de priorização para médicos integrantes do corpo clínico na organização das agendas cirúrgicas e de internação. A permissão de atuação de forma irrestrita, desorganizada e ilimitada para qualquer médico, a qualquer instituição, a qualquer tempo, traz o risco de evoluir-se para uma desordem organizacional insanável, com sobrecarga das funções administrativas e, em última análise, prejuízo à assistência e penalização justamente daqueles que assumem os ônus e bônus de integrarem o corpo clínico, com todos os seus deveres éticos, administrativos e muitas vezes financeiros”.

Uma vez feitos os esclarecimentos conceituais iniciais como estratégia à facilitação da perfeita compreensão do assunto, voltemos ao questionamento constante na exordial onde o diretor técnico fiel à observância do seu mister, apresenta dúvidas referentes ao controle do cadastramento de médicos que desejem acessar a instituição com o objetivo declarado de prestar assistência. Transcrevo as dúvidas quanto às seguintes condições abaixo especificadas:

1. *Quando não se tratar de internação de paciente por ele acompanhado em caráter de urgência/emergência e quando não existir solicitação do paciente ou familiar pelo acompanhamento do médico. Quando o profissional não é o único especialista cadastrado na Instituição.*



Se o cadastramento e gerenciamento do Corpo Clínico é de responsabilidade do Diretor Técnico, esse deverá gozar de autonomia correspondente para exercê-la. A responsabilidade civil solidária de instituições hospitalares diante de eventuais intercorrências clínicas que possam ser interpretadas como supostos danos ocorridos durante o atendimento de seus usuários por membros do corpo clínico não pode ser desconsiderada, dada a jurisprudência vigente, onde a postura de inação da liderança médica pode ser considerada conduta omissiva, sobretudo diante de situações adversas graves e recorrentes. Ademais, a instituição deve dispor dos recursos regimentais e da estrutura ética organizacional para garantia da qualidade, segurança e integridade da assistência, já que responde solidariamente pelo serviço prestado aos seus usuários. No [Parecer CFM nº 23/2025](#), o Conselho Federal de Medicina assim se posicionou na ementa sobre a matéria: “São legítimas a adoção de critérios técnicos e a priorização de médicos do corpo clínico na internação de pacientes em estabelecimentos de saúde pela direção técnica”.

2. Quando a Instituição não for a única naquela região com condições estruturais para o tipo de realização do procedimento eletivo. Quando não existir nenhuma restrição da operadora de saúde que dificulte o procedimento de assistência em outra Instituição credenciada.

A [Resolução CFM nº 1.672/2003](#) publicada no D.O.U. de 29 de julho de 2003, seção I, p.78 que dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências deixa claro que “para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável (is). (...)VIII- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor”.

Sendo assim, em que pesem as questões contratuais envolvendo relações entre seguradoras e prestadoras de serviços em saúde, não estão autorizadas transferências inter-hospitalares de pacientes, sem o prévio conhecimento e livre consentimento do próprio ou do seu responsável legal, após terem sido prestados os devidos esclarecimentos.

DA CONCLUSÃO

O direito de acesso físico de médicos habilitados e devidamente identificados às unidades de saúde é lícito e inquestionável, devendo o médico interessado informar por sua parte o que o motiva a fazê-lo.

Por outro lado, o direito de internar pacientes sob seus cuidados em determinada instituição hospitalar fica condicionado ao cadastramento do médico ao Corpo Clínico, ao cumprimento do Regimento Interno devidamente homologado no Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição e à observância das normativas institucionais sob responsabilidade do Diretor Técnico.

Internamentos emergenciais ocasionais de pacientes cujo médico assistente não integra o Corpo Clínico poderão merecer cadastramento provisório, a critério do responsável técnico, sendo o cadastro referendado ou não *a posteriori*, conforme interesse das partes envolvidas e preenchimento dos critérios exigíveis.



Eventuais restrições feitas pela direção ao uso das instalações e recursos da instituição por médicos regularmente habilitados que careçam de fundamentação técnica e ética, ou que tenham sido motivadas por discriminações políticas, ideológicas e mercantilistas ficarão passíveis de responsabilização nos tribunais, vez que afrontam nosso Código de Ética Médica e não condizem com as bases principiológicas de nossa honrosa profissão.

Esse é o parecer, S.M.J.

Salvador, 28 de abril de 2026.

MAÍRA PEREIRA DANTAS
Conselheira Relatora

