

Contratante

Nome:

CNPJ/CPF:

Endereço:

Email:

Contratado

Nome: ABC Endoscopia Ltda - ME

CNPJ: 21.850.272/0001-50

Whatsapp: (11) 99887-9151

E-mail: contato@balaogastrico.com



CONTRATO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO

1. OBJETO DO CONTRATO

1.1- Este contrato preza a prestação de serviço médico para procedimento de COLOCAÇÃO E RETIRADA DE BALÃO INTRAGÁSTRICO, onde o paciente ou seu responsável contrata a empresa ABC ENDOSCOPIA ME LTDA, CNPJ 21.850.272/0001-50 através dos médicos Dr. MARCIO LAMAS LOPES, Cirurgião e Endoscopista, CRM-SP 133420 (RQE nº 72300) e Dr. RODRIGO PORPHIRIO SANT'ANA também Cirurgião e Endoscopista, CRM-SP 114910 (RQE nº 34672), ou outro membro da equipe. Seguem as cláusulas: Prestação de Serviços conforme solicitado em Ordem de Serviço, considerada como um anexo deste Contrato.

2. DO PROCEDIMENTO

2.1- PROCEDIMENTO: entende-se por procedimento a realização do implante do Balão Intragástrico e sua remoção em um prazo máximo de 06 (seis) meses após sua colocação. Estão inclusas no valor as despesas referentes a ambos os procedimentos, bem como os honorários médicos e da equipe. Também estão inclusos a taxa do aparelho, da sala de procedimento (paga diretamente ao Hospital/Clínica escolhida), das medicações utilizadas, o valor dos acessórios para sua remoção (cateter e pinça) conforme será discriminado na CLÁUSULA 13. A compra do Balão propriamente dito é também de responsabilidade do Contratado como descrito na cláusula seguinte.

3. DO BALÃO GÁSTRICO

3.1 -O BALÃO: fica determinado que o Balão a ser utilizado será adquirido e fornecido pelo Contratado. O volume intrabalão da solução estéril salina e azul de metileno será determinado pelo endoscopista e dependerá essencialmente da anatomia gástrica do paciente, sendo no mínimo 500 ml e no máximo 700 ml ou conforme recomendação do



@ABCENDOSCOPIA

fabricante. O Contratante está ciente de que o resultado do tratamento não depende do volume colocado intrabalão e sim da presença dele no estômago e da disciplina do paciente. O Contratante receberá o certificado do Balão implantado, com número de série, bem como laudo mencionando o volume injetado.

O Contratado compromete-se a substituir o Balão, sem ônus do valor dos honorários médicos e se responsabiliza por disponibilizar outro Balão caso ele venha a apresentar problemas de vazamento ou ruptura, desde que espontânea, ou em casos de hiperinsuflação, devendo o Contratante arcar com o valor acordado da taxa hospitalar/clínica selecionada (Obs: a troca dos balões deverá ocorrer obrigatoriamente no mesmo ato endoscópico, não podendo ser em datas diferentes). **A garantia de 06 (seis) meses em caso de substituição leva-se em consideração a data do primeiro implante.**

4. DO VALOR DO PROCEDIMENTO

4.1- VALOR DO PROCEDIMENTO: o valor para o procedimento, como descrito na CLÁUSULA 2, será acordado entre as partes, bem como a forma de pagamento que serão descritos na CLÁUSULA 13 deste aditivo para o fiel cumprimento comercial deste contrato. O Contratante compromete-se a custear integralmente o procedimento, independente da duração do tratamento, honrando os compromissos financeiros aqui estabelecidos. O não cumprimento do acordo financeiro autoriza automaticamente o Contratado a buscar as medidas legais.

4.2- O pagamento poderá ser realizado via depósito na conta corrente de titularidade do Contratado ou pagamento em Cartão de Crédito ou Débito.

4.3- O pagamento deverá ser feito antes da realização do procedimento, porém, o contrato somente tem efeito após o implante do Balão.

5. ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR

5.1- **O ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR:** o sistema de tratamento de obesidade e sobrepeso do Balão Intragástrico é composto, além do próprio Balão, por acompanhamento multidisciplinar. **Obrigatoriamente** por um **NUTRICIONISTA** e preferencialmente por um **PSICÓLOGO**, **ENDOCRINOLOGISTA** e um **PREPARADOR FÍSICO**. Eventualmente pode ser exigido o seguimento de um **CARDIOLOGISTA**. O Contratante compromete-se a seguir as orientações destes especialistas indicados a fim de obter o resultado mais satisfatório possível para o tratamento proposto. Os custos deste acompanhamento, bem como eventuais exames solicitados, ficam sob a inteira responsabilidade do Contratante, não sendo contemplado neste contrato.

5.2- **ATIVIDADE FÍSICA:** também considerado como parte do tratamento do Balão Intragástrico, as atividades físicas com acompanhamento devem ser realizadas pelo Contratante, no intuito de se obter um melhor resultado, sendo que os custos destas ficam sob a responsabilidade do Contratante. É sugerido que esse acompanhamento deva ser supervisionado por um profissional da área para obter melhores resultados e preservação de sua integridade física e iniciadas após duas semanas da colocação do Balão. **No primeiro mês, obrigatoriamente, deve ser assistido devido ao risco de acidentes por conta de fraquezas que a dieta hipocalórica pode causar.**



6. DOS EFEITOS COLATERAIS E ADVERSOS

6.1- O Contratante declara, através deste instrumento, ter sido orientado que a presença desse dispositivo intragástrico apresenta efeitos adversos, causando alterações na função do aparelho digestivo tais como: náuseas e vômitos por vezes incoercíveis apesar da medicação levando o paciente ao Pronto Socorro para tomar medicação intravenosa e levando inclusive ao paciente, mesmo que raramente, solicitar que o Balão seja removido antes do prazo. Também pode causar refluxo gastroesofágico, flatulência, eructação (arroto), dor e desconforto abdominal, sensação de peso na região epigástrica, distensão abdominal, constipação, diarreia, halitose, desidratação (em caso de urina em pequena quantidade, coloração escura e excesso de vômitos, dirigir-se ao Pronto Socorro com nossa carta de encaminhamento para hidratação vigorosa devido risco de insuficiência renal), plenitude gástrica (saciedade precoce), entre outros. Tais sintomas variam em frequência e intensidade e são mais presentes no início do tratamento, especialmente nas primeiras semanas, mas podem eventualmente acontecer em qualquer fase do tratamento. O Contratado compromete-se a auxiliar no tratamento e alívio destes sintomas, enquanto permanecer com o Balão, através de consulta e prescrição de medicamentos e medidas comportamentais. Em raros casos estes efeitos são intensos e podem trazer prejuízos a saúde tais como úlceras gastroduodenais com ou sem necrose, podendo levar a sangramento ou perfuração, migração do Balão para o intestino, levando a um quadro de obstrução podendo levar o paciente inclusive à cirurgia de urgência. O Balão é sempre preenchido com solução estéril salina e azul de metileno, o que faz com que o paciente venha urinar esverdeado em caso de vazamento do seu conteúdo, devendo o médico ser contactado com urgência nesta situação para agendar possível remoção ou substituição. Também pode haver, mesmo que raramente, laceração ou sangramento gastroesofágico durante a retirada do Balão. Há ainda as complicações relacionadas à própria endoscopia e à anestesia como flebites, equimose/hematoma, depressão respiratória e alergias até mesmo graves como o choque anafilático, podendo até mesmo levar a parada cardíaca reversível ou não.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: caso ocorram, as despesas do tratamento destas eventuais complicações (úlceras, lacerações seguidas de tratamentos cirúrgicos e/ou clínicos, insuficiência renal tendo que realizar diálises ou sangramentos tendo que receber transfusão sanguínea), tais como despesas hospitalares e médicas, não são contempladas pelo valor contratado, sendo o ônus financeiro e afastamento de suas atividades laborais (Lucros Cessantes) de exclusiva responsabilidade do paciente e/ou de seu responsável. Caso o Contratado julgue necessário interromper o tratamento após considerar os riscos e benefícios de sustentá-lo, poderá assim fazê-lo após amplo esclarecimento ao Contratante dos motivos que o levaram a tal decisão. Ainda assim não sendo motivo para a quebra deste contrato.

Ciente desta observação assino:

X: _____



7. DOS RESULTADOS E GARANTIAS

7.1 - O Contratante fica ciente que **não há qualquer garantia** de resultados na perda de peso durante o tratamento, muito menos como não há garantias quanto a impossibilidade de reganho de peso após a retirada do Balão, mas que o Balão Intragástrico, em estudos clínicos, tem se mostrado um bom artifício no auxílio no tratamento da obesidade para a maioria dos pacientes que o utilizam e que seguem as recomendações (atividades físicas e orientação nutricional). A Contratada reforça a importância do seguimento com o Psicólogo no tratamento e controle da obesidade, pois há todo um longo processo na alteração nos hábitos e estilo de vida e o Balão, apesar de dar saciedade, na maioria das vezes, não tira o desejo de comer. Mas é da responsabilidade e dever do Contratado, portanto, realizar o procedimento sob as normas técnicas vigentes, bem como auxiliar na manutenção do Balão e tratamento dos efeitos colaterais durante o período de tratamento, mas exime-se da responsabilidade de atingir os resultados de emagrecimento considerável, haja visto que este objetivo depende essencialmente de fatores extrínsecos à conduta médica tais como: engajamento e disciplina do paciente, sexo, idade, distúrbios metabólicos prévios, doenças sistêmicas, distúrbios hormonais e tempo de permanência do Balão.

8. DO ACOMPANHAMENTO MÉDICO

8.1 - A equipe contratada realizará acompanhamento médico para avaliação e tratamento de eventual efeito colateral através de consultas presenciais, on-line ou via WhatsApp sem mais ônus ao Contratante. Entende-se por acompanhamento, a disposição do Contratado em atendê-lo em todas eventuais complicações do procedimento enquanto este permanecer com o Balão ou logo após sua remoção. O Contratante compromete-se a marcar uma consulta cerca de 15 (quinze) dias antes do Balão completar 06 (seis) meses após o implante, a fim de agendar a sua remoção. Eventualmente, pode ser indicado o exame de endoscopia ou mesmo solicitação de outros exames, como por exemplo Raio-X. Nenhum exame adicional está contemplado neste contrato, ficando o ônus a cargo do Contratante. Nada impede que estes exames possam vir a ser realizados por convênio médico caso o Contratante possua.

9. DA EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

9.1- O Contratado compromete-se a realizar o procedimento de colocação e retirada do Balão em ambiente hospitalar/clínica de endoscopia selecionada, conforme a CLÁUSULA 9.3 e sempre prezando a segurança e bem-estar do paciente. A colocação é realizada sob sedação venosa e a remoção sob sedação ou anestesia geral, ficando a escolha a critério do Anestesiologista, ou seja, podendo ser com o paciente intubado. **(Siga à risca a dieta líquida por 72h antes da retirada conforme protocolo de retirada do Balão Intragástrico, pois, caso existam resíduos alimentares no estômago o procedimento poderá ser interrompido e reagendado um novo, devendo o Contratante arcar com uma nova taxa hospitalar/clínica).**

9.2- Portanto, o Contratante fica ciente de que há riscos inerentes a qualquer procedimento endoscópico, como sangramento e perfuração de órgãos bem como complicações relacionadas a própria anestesia, mesmo que raras como o choque anafilático. Caso ocorra, as despesas do tratamento destas eventuais complicações, tais como despesas hospitalares e médicas, não são contempladas pelo valor aqui contratado, sendo o ônus financeiro de exclusiva responsabilidade do Contratante.

9.3- A Contratada se compromete a realizar o procedimento, tanto de colocação quanto de remoção no prazo, ou precoce por opção do Contratante, onde os médicos da



@ABCENDOSCOPIA

equipe prestam o serviço conforme ofertado na Ordem de Serviço do Orçamento. Em caso de internações e necessidade de deslocamentos para hospitais que a Contratada não possua cadastro, a Contratada poderá apenas acompanhar o procedimento realizado pelo corpo clínico deste eventual Hospital, pelo fato da nossa equipe não ser cadastrada e não ter acesso aos prontuários, além da possibilidade de o Serviço de Endoscopia e os aparelhos do Hospital serem terceirizados. Eventuais visitas nos casos de complicações graves podem ser realizadas apenas nos Hospitais da região central de São Paulo e do ABC Paulista.

Os sintomas iniciais que possam, ainda que raramente, motivar internação, serão sempre conduzidos pelo corpo clínico do Hospital onde o paciente se encontrar, cabendo à Contratada discutir, orientar ou sugerir a conduta aos médicos que o estejam atendendo, cabendo àqueles entrar em contato.

10. DAS CONTRAINDICAÇÕES

10.1- O procedimento objeto deste contrato tem contraindicações relacionadas aos órgãos digestivos (esôfago, estômago e duodeno), portanto, será realizada endoscopia digestiva alta minuciosa pelo endoscopista antes da introdução do Balão, ainda que tenha sido realizada previamente por outro médico. Caso identifique-se alguma contraindicação absoluta ao procedimento, tais como qualquer cirurgia gástrica, gastrectomia ou gastroplastia prévias, gastrite ou refluxo intensos (caso seja moderado a discreto não há contraindicação), hérnia de hiato volumosa (maiores ou iguais a 5 cm), tumores ou úlceras ativas, o Balão não será introduzido e nem mesmo retirado de sua embalagem. O Contratado compromete-se a informar ao Contratante o motivo da não realização do procedimento. Dependendo do motivo pode ser reagendado para um momento oportuno, devendo o Contratante pagar nova taxa de sala do local de escolha. O Contratante será ressarcido do valor pago até o momento, descontando-se apenas o valor referente ao valor da taxa de sala da endoscopia e de eventual procedimento que tenha sido necessário, como biópsias por exemplo.

11. DA PERMANÊNCIA E RETIRADA

11.1- O Balão Gástrico deverá permanecer por um período máximo de **06 (seis) meses ou a critério da equipe médica**. Será acordado entre as partes a data da remoção do Balão cerca de 15 (quinze) dias antes do vencimento do prazo, quando o Contratante deverá entrar em contato para agendar a consulta. O Contratante assume inteiramente a responsabilidade por eventual desistência do tratamento em qualquer fase do tratamento após a colocação do Balão. O Contratado se compromete a atender esta solicitação respeitando a decisão do paciente.

11.2- Para tanto, o Contratado exime-se do ressarcimento do investimento realizado pelo Contratante, já que todo o procedimento fora realizado (taxa de sala do local escolhido para o procedimento de colocação e retirada do Balão, a utilização do Balão e do material de sua retirada além dos honorários médicos de ambos os procedimentos). O Contratante assume inteiramente o risco de permanência do Balão além da data acordada. Cabe salientar ainda que o Balão é preenchido com solução estéril de azul de metileno e que em caso de ruptura do Balão o paciente irá perceber alteração na coloração de sua urina, que passará a ser esverdeada ou mesmo azulada. Neste caso o endoscopista deverá ser notificado imediatamente para providenciar uma endoscopia dentro de 72 horas para remoção ou substituição do Balão caso se confirme que houve a ruptura, pois, o Balão vazio pode migrar para o intestino, sendo eventualmente necessário cirurgia para sua remoção.



12. DO LOCAL DO PROCEDIMENTO

12.1- Fica acordado como local do procedimento tanto a colocação como a remoção o Hospital/Clínica descrita na CLÁUSULA 13.1. O Contratante pode optar por realizar a retirada do Balão em um Hospital/Clínica diferente daquele da colocação, desde que o Contratado esteja cadastrado para o procedimento neste novo local e mediante o pagamento por parte do Contratante da diferença de valores das taxas hospitalares. Caso o Contratante opte por retirar o Balão com outra equipe, mesmo que no mesmo Hospital/Clínica, o Contratado se exime da responsabilidade do ato médico deste procedimento, bem como do ressarcimento financeiro ao Contratante referente a retirada, já que esta foi uma opção do Contratante.

13. DO VALOR DO PROCEDIMENTO

13.1- Fica acordado que o valor aqui estabelecido, como descrito na CLÁUSULA 2, inclui: taxa do Hospital/Clínica escolhida (colocação e retirada), medicação utilizada, Taxa de Aparelho, Honorários Médicos, material para retirada do Balão (Cateter e Pinça Raptor), Balão Intragástrico de 06 meses no TOTAL DE R\$ _____, a ser pago da seguinte forma: R\$ _____ à ABC Endoscopia _____.

Dados Bancários: Santander, Ag 3061; C/C 13004249-7; CNPJ 21.850.272/0001-50
R\$ _____ ao Hospital/Clínica _____
no dia da colocação. Outros R\$ _____ ao Hospital/Clínica _____
no dia que for removê-lo.

COLOCAÇÃO: DATA ____ / ____ / ____.

RETIRADA: DATA PREVISTA ____ / ____ / ____ paciente deverá entrar em contato cerca de 15 (quinze) dias antes para confirmar a data exata.

OBSERVAÇÃO: _____

Obs.: mulheres em período fértil que estiverem em uso de anticoncepcional oral devem se atentar aos vômitos que costumam ser comuns nos primeiros dias com o Balão. Não há nenhum estudo mencionando que a presença do Balão cause alteração em sua absorção, mas, em caso de vômitos pode haver perda de sua eficácia e a paciente deve se atentar a este fato para que possa evitar a gravidez usando outro método contraceptivo, devendo procurar seu ginecologista para acrescentar ou substituir um novo. Lembrando ainda que estudos mostram que há um aumento na fertilidade com a redução do peso. Em caso de engravidar durante o tratamento a Contratada deve ser avisada para que possa agendar a remoção do Balão no início do período do 2º trimestre da gestação (13ª a 16ª semana gestacional). A critério do Obstetra que estiver acompanhando poderá ser removido antes, mediante carta assim recomendando.

Ciente desta observação, dos valores e do local selecionado assino:

X: _____



14. DO DESCUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES

14.1- Em caso de descumprimento de qualquer cláusula deste contrato, NÃO INCIDIRÁ ônus aos contratados uma vez que a responsabilidade do paciente está assinada em partes destacados deste mesmo documento.

14.2- Declaro ainda estar recebendo uma via deste Contrato assinado pela Contratada e que tive acesso para sua leitura previamente, sendo dado tempo para sua análise e questionamento, além de estar ciente que há espaço para eventual ajuste ou modulação no campo "Observação" da Cláusula 13.1 na página anterior, não sendo, portanto, este instrumento um Contrato de Adesão. A consulta médica é uma leitura deste Contrato.

15. DO FORO

15.1- Fica eleito o Fórum de Santo André para eventuais agravos, mas, por estarem de acordo e cientes dos termos deste contrato, sendo dirimidas todas as dúvidas constantes em suas 15 (quinze) cláusulas, relacionadas ao procedimento no que tange aos seus riscos, a não garantia do sucesso, às condições de pagamento e aos direitos e deveres de ambas as partes, inclusive dando espaço para eventuais observações, subscrevem-se:

Paciente ou Responsável
(Contratante)

Local e Data

Dr. Marcio Lamas Lopes
CRM-SP 133420
Cel: (11) 98409-6670

Dr. Rodrigo Porphirio Sant'ana
CRM-SP 114910
Cel: (11) 99952-4430

