

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



PROCEDIMENTO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO

1. OBJETO DO CONTRATO

1.1- Este contrato preza a prestação de serviço médico para procedimento de COLOCAÇÃO 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/deglutição do balão intragástrico **ALLURION** (em cápsula) e acompanhamento no período de adaptação e sintomas. Estão inclusas no valor as despesas como os honorários médicos e da equipe para o implante/deglutição da cápsula do Balão Allurion, a balança de bioimpedânciometria e Rx no ato do implante/deglutição e a taxa da sala de conforme valores descritos na cláusula 13.1.

3. DO BALÃO GÁSTRICO

O volume intrabalão da solução estéril de 550 ml conforme recomendação do 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 no seguimento com a equipe multidisciplinar e as atividades físicas.

O Contratante receberá o certificado do balão implantado com número de série, seu sistema (Allurion Scale e Allurion aplicativo) e todas as orientações de seu funcionamento.



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 fornecida pelo fabricante. Também pode haver, mesmo que raramente, laceração ou sangramento gastroesofágico durante a retirada do Balão se o paciente optar pela retirada precoce.

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 ou saída espontânea 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.

7.2 - 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.

7.3 - A empresa Allurion garante a permanência mínima de 03 (três) meses do balão deglutível intragástrico, caso haja um vazamento precoce o contratante receberá um balão Allurion novo. Porém, ele costuma a esvaziar de forma espontânea por volta da 16ª semana (uma a mais ou a menos).



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. 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/deglutição 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/deglutição é realizada sem sedação, devendo o paciente deglutir/engolir o balão Allurion com um copo de água, que está dentro de uma cápsula vegetariana, ela se dissolverá no estômago liberando o balão. Após isso será feito um Rx de abdômen confirmando sua posição intragástrica. O balão será preenchido com 550 ml de água (solução fornecida pelo fabricante) e em seguida um novo Rx para confirmar seu completo preenchimento. **O(A) paciente deve iniciar 07 (sete) dias antes do procedimento uso do IBP (Inibidor da Bomba de Prótons como por exemplo o Pantoprazol de 40mg) e 1 hora antes do procedimento tomar Vonau flash 8mg e Dramin B6, 01 comprimido de cada.**

9.2- Caso o Contratante opte pela retirada precoce do Balão Allurion (**valor não incluso neste contrato**), ele 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/deglutição quanto de remoção precoce por opção do Contratante, onde os médicos da 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 a 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 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 absolutas relacionadas aos órgãos digestivos (esôfago, estômago e duodeno), tais como qualquer cirurgia gástrica,



gastrectomia ou gastroplastia prévias, hérnia de hiato volumosa (maiores ou iguais a 5 cm) e contraindicações relativas com doenças autoimunes, imunossupressoras ou psiquiátricas descompensadas, dependência de álcool ou drogas, uso de anticoagulantes sem possibilidade de interrupção.

11. DA PERMANÊNCIA E RETIRADA

11.1- O Balão gástrico permanecerá por um período médio de 16 (dezesesseis) semanas. O Contratante assume inteiramente a responsabilidade por eventual desistência do tratamento em qualquer fase do tratamento após a colocação do balão, devendo arcar com os custos de uma eventual retirada precoce por via endoscópica. Caso opte pela retirada precoce conosco, tem a opção de retirada no Hospital Adventista (R\$800,00) ou na Endoserv (R\$1.000,00). Se optar com outra equipe, deverá arcar com os custos e pagar diretamente ao profissional escolhido, já que esta foi uma opção do contratante. 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/deglutição do Balão, a utilização do Balão e do material, além dos honorários médicos e equipe).

12. DO LOCAL DO PROCEDIMENTO

12.1- Fica acordado como local do procedimento o Hospital/Clínica descrita na CLÁUSULA 13.1. 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 dos valores pagos pelo Contratante, 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 _____, Taxa de Sala, Honorários Médicos, Raio-x, Balão Allurion e seu sistema (Allurion Scale e Allurion aplicativo) no TOTAL DE R\$ _____, a ser pago da seguinte forma: R\$ _____ à ABC Endoscopia _____.

OBS: NÃO ESTÁ INCLUSO O VALOR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, OS QUAIS DEVEM SER PAGOS DIRETAMENTE AOS PROFISSIONAIS SUGERIDOS OU ESCOLHIDOS PELO CONTRATANTE.

Dados Bancários: Santander, Ag 3061; C/C 13004249-7; CNPJ 21.850.272/0001-50

COLOCAÇÃO: DATA ____ / ____ / ____.

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.

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 cópia 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



@ABCENDOSCOPIA