

CONTRATO

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



SEGUIMENTO MÉDICO PARA TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA OBESIDADE

DESCRIPTIVO DO PLANO CONTRATADO
DURAÇÃO ESTIMADA: 04 (quatro) meses
DURAÇÃO MÁXIMA: 06 (seis) meses
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS: 04 (quatro)
VALOR DA CONSULTA 1ª CONSULTA MÉDICA: R\$ 600,00 (seiscentos reais)
VALOR DE DEMAIS CONSULTAS MÉDICAS AVULSAS: R\$ 300,00 (trezentos reais) cada
PERIODICIDADE DAS CONSULTAS MÉDICA: A CRITÉRIO MÉDICO
VALOR TOTAL DAS CONSULTAS MÉDICAS: R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais). Neste pacote saindo por R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais)
OBJETIVO: tratar de forma medicamentosa eventual compulsão alimentar, prescrever quando indicado medicações para potencializar a saciedade como Balão Gástrico, Plasma de Argônio e Gastroplastia Endoscópica). Repor Vitaminas e Nutrientes e trabalhar para melhorar níveis de colesterol e triglicerídeos.
IMPORTANTE: o Plano Alimentar é prerrogativa do Nutricionista. Portanto, deve haver seguimento durante o tratamento de um Nutricionista. É extremamente recomendado também o seguimento de um Psicólogo para ajudar na mudança do estilo de vida.
Caso haja interesse no seguimento Médico o Contrato será enviado com antecedência para apreciação e assinatura das partes. Neste Contrato a ser enviado você observará que também há a opção de seguir também o Nutricionista e o Psicólogo.
VALOR TOTAL: R\$1.200,00 (mil e duzentos reais) em 12 vezes no Cartão de crédito ou R\$1.000,00 (mil reais) à vista (PIX ou TED)



@ABCENDOSCOPIA

Lembrando que você até pode indicar um nome para emissão da Nota Fiscal, mas que no corpo da nota vai o nome do Paciente, o número de consultas e o valor de cada uma destas, para que, na medida que houver o atendimento, seja entregue um comprovante da consulta para que com sua posse, junto da Nota fiscal, seja solicitado o reembolso ao seu convênio caso lhe convenha. Lembrando que o valor que for restituído pelo Convênio não pode ser usado como abatimento na Declaração do seu Imposto de Renda.

1. OBJETO DO CONTRATO

1.1- O objetivo do presente contrato é a prestação de serviço pela **ABC Endoscopia**, para realização de consulta Médica, construindo um planejamento que melhor se adeque ao objetivo do CONTRATANTE.

O CONTRATANTE declara que foi informado não haver qualquer obrigatoriedade de seguir especificamente este profissional recomendado ao contratar outro plano nosso (Balão Gástrico, Balão Deglutível, Plasma de Argônio ou Gastroplastia Endoscópica), não se tratando, portanto, de venda casada, já que pode ser utilizado até mesmo o Convênio Médico, caso o possua. Declara ainda, ter ciência de que o sucesso deste Programa depende de seu comprometimento integral com as orientações e diretrizes traçados pelo plano da CONTRATADA e, por tal, o **CONTRATANTE declara estar ciente que não há qualquer garantia de êxito do Programa, pois se trata de um instrumento de meio, e não de fim, assim como não se trata de um Contrato de Adesão, podendo haver alteração deste desde que acordado por ambas as partes.**

Declara, ainda, saber que alergias alimentares e alergias a suplementos são inerentes ao trabalho nutricional e caso ocorra o mesmo deve informar imediatamente a equipe envolvida. Informa ainda que no ato dessa aquisição não há nenhum impedimento patológico para o programa de consultoria em emagrecimento, pois nestes casos, poderá ser sugerido um seguimento médico complementar, nem sempre disponibilizado em nosso Serviço. Tal seguimento também poderá ser sugerido caso venha a ser diagnosticado alguma patologia no decorrer do tratamento, bem como poderá ser sugerido sessões extras com psicólogo.

2. DA CONTRATAÇÃO: a contratação se confirmará mediante o pagamento do valor integral ou do primeiro atendimento do profissional.

2.1- Após a efetivação da contratação, o **CONTRATANTE** poderá realizar o agendamento do procedimento constante no presente contrato, em comum com a **CONTRATADA**.

3. DOS SERVIÇOS

3.1- O programa será composto de acompanhamento Médico (04 consultas). Entende-se que o termo Consulta abrange tanto ao primeiro atendimento, quanto aos 03 restantes, incluindo-se neste contexto os Retornos. As consultas têm prazos pré-estabelecidos conforme mencionados no Descritivo deste Contrato observado em sua página inicial, sendo sugerido os intervalos entre as consultas. Sua duração máxima também está descrita naquele Descritivo e inicia-se a partir da 1ª consulta após sua contratação, devendo-se ser respeitado o número máximo de consultas e exames mencionados.

3.2- As consultas serão agendadas com o próprio profissional pelo CONTRATANTE mediante disponibilidade do agendamento.

3.3- Respeitar os horários de consultas e exames (**chegar com 15 minutos de antecedência**), para que não acarrete atrasos para os pacientes subsequentes.



@ABCENDOSCOPIA

Em caso de não respeitar, o Contratante não poder usufruir da consulta, este deve avisar com ao menos 12 horas de antecedência, podendo neste caso ser reagendado. Caso o aviso seja dado com menos de 12 horas não caberá restituição do valor da consulta e ela será cobrada, salvo motivo de força maior.

3.4- As consultas de seguimento podem ser de forma presencial em local pré-estabelecido ou “on-line”.

4. DA SUSPENSÃO E REAGENDAMENTO

4.1- Para o sucesso do programa, é de extrema necessidade que o CONTRATANTE cumpra com os intervalos sugeridos entre as consultas e exames previamente definidos, entendendo-se que imprevistos ou programações paralelas podem ocorrer. No entanto, caso exista a necessidade de reagendamento de alguma consulta ou exame, o CONTRATANTE deve **notificar e solicitar esta alteração com no mínimo 12 horas de antecedência**.

4.2- Em caso de suspensão temporária por viagens, intervenções médicas ou alguma fatalidade, o contratante deverá se manifestar para darmos início a suspensão temporária. Entende-se por suspensão temporária um período máximo de 60 dias. Após esse período caso o contratante não retorne às consultas entender-se-á como abandono.

5. DOS VALORES

5.1- Valor total a ser pago e forma de pagamento encontra-se no Descritivo do Contrato na primeira página deste Termo.

5.2- Fica acordado que o valor aqui estabelecido, como no descritivo inicial, inclui: 04(quatro) Atendimentos Médicos 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

Ciente dos valores assino:

X: _____

6. DA RESCISÃO

6.1- O presente contrato poderá ser rescindido sem custos, desde que o ciclo de tratamento contratado não tenha sido iniciado. Após iniciado o ciclo de tratamento e já sendo emitido a Nota Fiscal pela CONTRATADA, o CONTRANTE deverá arcar com os custos financeiros no importe de 10% sobre o valor das consultas ainda não efetuadas, respeitando a Lei da Usura (Lei 22.626/33) e o Artigo 51 do CDC (Código de Defesa do Consumidor). **Deverá ser considerado o valor das Consultas Avulsas mencionadas no Descritivo do Contrato para se chegar ao valor remanescente.** No caso de pagamento através de Cartão de Crédito a CONTRATADA avisará ao Banco Emissor e a restituição devida caberá a este.

6.2- Entenda-se como ciclo de tratamento, o momento que o CONTRATANTE venha a comparecer em uma Consulta após a firmação e pagamento do Contrato, e não a eventual Consulta prévia que no caso poderá inclusive ter seu valor abatido do valor total do pacote.

6.3- Este programa é intransferível.



7. DIREITO DE IMAGEM

7.1- A CONTRATANTE, jamais poderá divulgar eventuais imagens e vídeos obtidos durante ou após o tratamento sem a anuência do paciente, salvo para estudos ou congressos e desde que, sob hipótese nenhuma, seja possível o reconhecimento do mesmo e desde que seja respeitado o Código de Ética Médica, ainda assim sendo passível de punição quando for o caso.

7.2- A parte infratora, responderá pelos prejuízos causados a outra, inclusive no âmbito judicial (cível e criminal). Ambas as partes devem se atentar inclusive ao que divulgam em Redes Sociais.

8. VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

8.1- A CONTRATANTE assume toda a responsabilidade, civil e criminal pelas informações inverídicas lançadas no ato da contratação, bem como declara ser maior de 18 (dezoito) anos.

Observação:

9. DO FORO

9.1- Fica eleito o foro da Cidade de Santo André - SP para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento que consta de 04 (quatro) laudas. E por estarem de acordo com as condições aqui contidas, que se comprometem a cumprir fielmente, assinam o presente em 02 (vias) vias de igual teor e forma.

Dra. Thais Luciane de Lana Sant'Ana

CRM-SP 174.164 e RQE 119.335

Cel: (11) 99994-1776

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

