

# **ABC Endoscopia**

ATUANDO NO TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE



**Dr. Marcio Lamas Lopes**  
CRM – SP 133420  
RQE em Endoscopia 72300  
Cel +55 (11) 98409-6670

**Dr. Rodrigo Porphirio Sant’Ana**  
CRM - SP 114910  
RQE em Endoscopia 34672  
Cel +55 (11) 99952-4430

**CONTRATO PARA PROCEDIMENTO DE ENDOSSUTURA GÁSTRICA – ESG**

Este contrato preza a prestação de serviço médico para procedimento de ENDOSSUTURA GÁSTRICA (ESG) ou também outrora denominada GASTROPLASTIA REDUTORA ENDOSCÓPICA, onde o paciente ou seu responsável aqui denominado CONTRATANTE, Sr(a). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ autoriza os médicos Dr. MARCIO LAMAS LOPES, cirurgião e endoscopista, CRM-SP 133420 (RQE nº 72300) e/ou Dr. RODRIGO PORPHIRIO SANT'ANA também cirurgião e endoscopista, CRM-SP 114910 (RQE nº 34672), ou outro membro da equipe através da pessoa jurídica e empresa ABC ENDOSCOPIA ME LTDA, CNPJ 21.850.272/0001-50, aqui denominada CONTRATADA, para realização do procedimento. Pelo presente instrumento particular de contrato, contratante e contratado tem justo e avençado as cláusulas que se seguem:

**CLAUSULA 1: DO OBJETO: PROCEDIMENTO DE ESG:** o objeto deste contrato é a execução médica do procedimento de ENDOSSUTURA GÁSTRICA (ESG). Entende-se por procedimento de ENDOSSUTURA GÁSTRICA (ESG) a realização de procedimento de cerclagem ou sutura endoscópica da grande curvatura gástrica, sob anestesia geral com redução da capacidade volumétrica gástrica, com o objetivo de promoção de saciedade precoce, sem a necessidade de cirurgia para esse objetivo específico, potencialmente reversível cirurgicamente até 04 semanas da data do procedimento.

**CLAUSULA 2: DO VALOR ACORDADO PARA O PROCEDIMENTO:** o valor para o procedimento será acordado em R\$ 10.000,00 (Dez Mil Reais) em até 12 vezes no Cartão de Crédito ou R\$ 9.000,00 (Nove Mil Reais) na TED (transferência Bancária) entre o CONTRATADO (ABC Endoscopia) e o CONTRATANTE e deve cobrir exclusivamente os HONORÁRIOS MÉDICOS. O CONTRATANTE se responsabiliza pelo pagamento de outros R\$ 21.000,00 (Vinte e Um Mil Reais) que podem ser pagos em até 12 vezes no Cartão de Crédito ou R\$ 20.000,00 à Vista ao Hospital Dia Scarparo Scopia localizado no Edifício Paulista Corporate, Av. Paulista, 1636, Conjunto 804 ao 810 correspondente à Taxa de Sala e de Recuperação anestésica, Taxa de Aparelho de Vídeo, Anestesiologista e sua prévia avaliação, e ao DISPOSITIVO OVERSTITCH - da Empresa APOLLO ENDOSURGERY® com direito a até 04 fios. **EXCEÇÃO:** O valor não contempla exames pré-operatórios, Especialistas envolvidos como Nutricionista ou Nutrólogo, Psicólogo, Avaliação Cardiológica e nem mesmo Endocrinologista ou Profissional de Educação Física como recomendado. Não inclui também tratamento complementar de eventuais complicações tais como transferência para ambiente de UTI, honorários de outras equipes na solução de tais complicações ainda que sejam cirúrgicas, nem materiais ou medicamentos para solução dessas complicações. Tais despesas ficarão a cargo do CONTRATANTE ou de seu Convênio se for o caso.



**REGISTRO DO MATERIAL NA ANVISA:**

<b>MATERIAL OU APARELHO</b>	<b>CÓDIGO DO PRODUTO</b>	<b>REGISTRO ANVISA</b>
OverStitch™ Endoscopic Suturing System	ESS-G02-160	80065320178
OverStitch™ Suture Cinch	CNH-G01-000	80065320179
Tissue Helix	THX-165-028	80065320177 2-0
Polypropylene	PU693IHBQ	80262280017

**CLÁUSULA 3: DOS ACOMPANHAMENTOS MULTIDISCIPLINARES:** o tratamento da Obesidade pelo método da ENDOSSUTURA GÁSTRICA (ESG) é composto, além do procedimento realizado, também por acompanhamentos multidisciplinares: essencialmente pelo NUTRICIONISTA, e paralelamente com PSICÓLOGO, ENDOCRINOLOGISTA E CARDIOLOGISTA, estes últimos a critério da equipe caso julgemos necessário. O CONTRATANTE, enquanto paciente, compromete-se a seguir as orientações de acompanhamento, bem como a realizar disciplinadamente o acompanhamento com o nutricionista, afim de obter resultados satisfatórios para o tratamento. Os custos destes acompanhamentos ficam sob a responsabilidade do CONTRATANTE, não sendo contemplados por esse contrato como já mencionado na Cláusula 2.

**CLÁUSULA 4: DA ATIVIDADE FÍSICA COMO PARTE DO TRATAMENTO:** também considerado como parte do tratamento, as atividades físicas moderadas e regulares devem ser realizadas pelo CONTRATANTE, no intuito de complementar o tratamento para emagrecimento, sendo que os custos destas ficam sob a responsabilidade do CONTRATANTE. É sugerido que esse acompanhamento deve ser feito sob supervisão de profissional da área para obter melhores resultados e preservação de sua integridade física.

**CLÁUSULA 5: DOS EFEITOS COLATERAIS RELACIONADOS:** o CONTRATANTE declara, através deste instrumento de contrato e da assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido alocado a este, ter sido orientado que a ESG pode apresentar efeitos colaterais adversos e diversos, normalmente fugazes e brandos, mas que podem perdurar e terem intensidade variável, causando alterações na função do aparelho digestivo tais como: náuseas, dor, vômitos, flatulência, eructação, refluxo gastroesofágico, distensão abdominal, obstipação, diarreia, halitose, plenitude gástrica, saciedade precoce, desidratação severa, entre outros, especialmente nos primeiros dias pós procedimento. Tais sintomas variam em frequência e intensidade





e são mais presentes no início do tratamento, especialmente no primeiro mês, mas podem eventualmente acontecer em qualquer fase do tratamento, ou mesmo não acontecerem. O CONTRATADO, através de seu corpo clínico médico, compromete-se a auxiliar no tratamento e alívio destes sintomas através da prescrição de medicamentos e medidas comportamentais, devendo o contratante seguir tais orientações médicas. O paciente terá direito a um atestado de 5 (cinco) dias, a contar da data do procedimento, fornecido pelo CONTRATADO, para repouso, podendo ser prorrogado caso se faça necessário.

**CLÁUSULA 6: DOS RESULTADOS E GARANTIAS DO TRATAMENTO:** o CONTRATANTE fica ciente que, como qualquer tratamento médico, não há garantias de resultados na perda de peso durante o tratamento haja vista a obesidade ser uma doença incurável, crônica e apenas com possibilidade de controle e tratamento. Também não há garantias quanto a impossibilidade de reganho de peso, comum em mais de 20% de todas as cirurgias bariátricas e, portanto, também a esse método. O contratante declara estar ciente que a eficácia do procedimento depende também de minhas reações orgânicas, fatores pessoais, características anatômicas, pré-disposições hereditárias, condições clínicas pré-cirúrgicas desconhecidas e conhecidas e de minha participação no tratamento, de forma disciplinada às prescrições médicas e orientações da equipe multidisciplinar, durante e após a realização da ESG – ENDOSSUTURA GÁSTRICA, sendo por isso impossível a garantia de resultados satisfatórios.

**CLÁUSULA 7: DAS COMPLICAÇÕES E SUAS CONSEQUÊNCIAS:** embora haja raríssimas complicações sérias e graves descritas nos estudos clínicos realizados até o momento, tais como úlceras, hemorragia digestiva, infecções locais ou a distância, trombozes, abscessos, peritonite, lesão de vísceras vizinhas, sepse e morte, é inerente que as mesmas possam ocorrer, ainda que todas as precauções sejam tomadas para evita-las. Nestes casos, o ônus financeiro de internações, cirurgias, acompanhamentos multidisciplinares e o tratamento como um todo de tais complicações, não são contempladas no valor pago pelo procedimento e ficam por conta do CONTRATANTE ou pelo uso de seu convênio médico. A transferência em ambulância adequada será providenciada e por conta de seu Convênio para um hospital de sua escolha ou para um hospital público caso o paciente não possua convênios médicos. Existem ainda complicações psiquiátricas tardias em relação ao processo de emagrecimento e limitação de ingestão tais como ansiedade, alcoolismo, anorexia, bulimia e depressão. Outra complicação possível e descrita é o rompimento precoce ou tardia da sutura endoscópica realizada com perda dos pontos, especialmente se o padrão dietético for desobedecido. Seja como for, existe a possibilidade e/ou necessidade de haver durante o meu tratamento: PRECOCEMENTE, transfusão de sangue e/ou hemoderivados (um de seus subprodutos), transferência para ambiente hospitalar, transferência para ambiente de UTI, necessidade de realização de cirurgias por outras equipes. TARDIAMENTE:





Necessidade de acompanhamento com especialistas para tratamento e controle de efeitos adversos a esse tratamento.

**CLÁUSULA 8: DO ACOMPANHAMENTO MÉDICO:** entende-se por acompanhamento a disposição do CONTRATADO em atender o contratante em todas eventuais complicações do procedimento e/ou o acompanhamento médico por pelo menos 6 meses com consultas médicas no 1º, 3º e 6º mês a partir de onde o paciente receberá alta se for possível. Consultas extras após o sexto mês podem ser realizadas sob o custo habitual das consultas médicas da equipe. É obrigatório o comparecimento do contratante nessas consultas como parte do tratamento e o comparecimento ou não do contratante nessas consultas serão anotadas no prontuário. O não comparecimento em 03 (três) consultas ou mais consecutivas configura abandono do paciente ao tratamento e a equipe se exime totalmente se possíveis complicações ocorrerem por esse comportamento. O contratado deixa a disposição do contratante várias formas de contato, permitindo ao mesmo acesso ao contratado em qualquer tempo, tais como celular, e-mail, SMS, celular da equipe, etc. Essas consultas já estão incluídas no valor do procedimento já contratado.

**CLÁUSULA 9: DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:** o procedimento será agendado em data decidida pela equipe após todos os exames pré-procedimentos terem sido realizados, todas as avaliações necessárias terem sido realizadas, o pagamento do valor total relativo ao procedimento ter sido efetivado, se todos os requisitos que a equipe médica e de anestesistas terem sido cumpridos. O contratante declara estar ciente que o procedimento pode ser suspenso por decisão unilateral da equipe médica, a qualquer tempo, se a mesma julgar que os requisitos não foram preenchidos ou desobedecidos. O contratante compromete-se a acatar e realizar as solicitações da equipe médica, para sua própria segurança, a fim de que o procedimento seja realizado da melhor forma possível.

**CLÁUSULA 10: DO RESSARCIMENTO DE VALORES PAGOS:** não haverá, em hipótese alguma, qualquer ressarcimento de valores pagos pelo procedimento, salvo como única exceção, se o procedimento for suspenso antes mesmo de ser realizado. Não haverá ressarcimento de valores caso uma das seguintes situações ocorra: I. Se o procedimento fora realizado inteiramente, com o uso do material II. Se houver abandono do tratamento por parte do paciente por qualquer motivo. III. Se houver ruptura da sutura, precocemente ou tardiamente, por qualquer motivo. IV. Se os resultados esperados após o procedimento não forem obtidos, seja na perda de peso mensurável, seja na sensação subjetiva de saciedade precoce. V. Se houver reganho de peso por qualquer motivo após a realização do procedimento. VI. Se houver reversão do procedimento por nossa equipe ou por outra equipe por qualquer motivo. VII. Se houver complicações inerentes descritas ao tratamento.

**CLÁUSULA 11: DO CONSENTIMENTO INFORMADO:** o consentimento esclarecido é um documento anexo a este contrato, e uma extensão deste, necessário e importante para a realização do procedimento, obrigatório segundo as normas





vigentes, onde o paciente expressa sua livre e espontânea decisão de realizar a ENDOSSUTURA GÁSTRICA (ESG), e autoriza o CONTRATADO a praticá-lo, tendo consciência plena de sua decisão, inclusive dos riscos que o mesmo envolve, conforme descrito no próprio termo de consentimento, que deve ser assinado também pelo familiar acompanhante no dia do procedimento. Fica eleito exclusivamente o Fórum da Cidade de São Paulo para eventuais desacordos, mas por estarem justos e contratados, de acordo e cientes dos termos deste contrato, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, ausentes quaisquer testemunhas, face ao sigilo inerente a medicina, subscrevem-se:

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

---

ABC Endoscopia

---

CONTRATANTE/PACIENTE

