NOVEMBRO
2026

Formulário de Avaliação

Protocolo Clínico

Perícia Médica

ABDOME EM AVENTAL

Planserv
Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais

GOVERNADOR DO ESTADO
JERÔNIMO RODRIGUES

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
RODRIGO PIMENTEL DE SOUZA LIMA

REALIZAÇÃO

COORDENADORA GERAL
LUIZ EDUARDO BARRETO PEREZ

COORDENADORA ADJUNTA
LARISSA GUERRA DA SILVA

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE

COORDENAÇÃO

NADJA NARA REHEM DE SOUZA

EDIÇÃO – NOVEMBRO 2026

ZEUSA ADRIANE DAVID MARQUES
MÉDICA

EDIÇÃO – AGOSTO 2023

ZEUSA ADRIANE DAVID MARQUES
MÉDICA

MARCELA RIBEIRO DA COSTA
NUTRICIONISTA

EDIÇÕES ANTERIORES

EQUIPE EXECUTORA

REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR
MARIA BEATRIZ FAUAZE
LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
JAQUELINE FIGUEREDO MENEZES
PATRICIA REGINA GUSMAO SOARES AMORIM

COLABORAÇÃO

CARLA FARIAS CIRÍACO
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO
RITTA DE CASSIA DA SILVA FERREIRA SANTOS

ABDOMINOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE ABDOME EM AVENTAL PÓS TRATAMENTO DA OBESIDADE
PROTOCOLO CLÍNICO
PÉRICIA MÉDICA - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o sobrepeso e a obesidade são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura que representa risco à saúde, sendo classificados a partir do cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal). São considerados obesos os indivíduos com IMC igual ou superior a 30kg/m², já a obesidade grau III, é caracterizada pelo IMC igual ou superior a 40kg/m². Obesidade grau III é o termo que indica pessoas com grande excesso de peso e que apresentam chances maiores de adquirir diversas doenças, incluindo risco aumentado de morte, caso não sejam tratadas adequadamente.

O Planserv assegura o tratamento conservador e cirúrgico da obesidade grau III ou obesidade grau II com comorbidades, conforme Programa de Endocrinopatias e Protocolo Clínico de Cirurgia Bariátrica, respectivamente.

A perda maciça e rápida de peso que ocorre após tratamento cirúrgico da obesidade pode determinar o surgimento de lipodistrofias, decorrentes do excesso de pele na forma de flacidez, localizada principalmente na região do abdome, mamas, coxas e braços. Isto se deve à grande distensão da pele pela gordura durante um período prolongado de engorda, levando à perda da elasticidade e dificultando a retração adequada após a redução de peso.

A pele fragilizada pela lipodistrofia pode provocar, em áreas de dobras como mama e abdome, hiperemia, mudança na pigmentação, fissuras e infecções frequentes.

Importa destacar que o Decreto nº 9552 de 21 de setembro de 2005, em seu artigo 16, apresenta vedação apenas às cirurgias plásticas de cunho social ou estético.

2. CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA CIRURGIA

Serão candidatos a Abdominoplastia, os pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal pós realização de cirurgia bariátrica ou pós tratamento clínico para obesidade grau III ou obesidade grau II com comorbidades, inscritos no Programa de Endocrinopatias oferecido pelo Planserv e que atendam aos seguintes critérios:

2.1. Perícia prévia com médico do Planserv e autorização prévia ao procedimento;

2.2. No mínimo, um ano da realização de cirurgia bariátrica ou tratamento clínico conservador prévio da obesidade grau III (IMC > 40kg/m²) ou da obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9kg/m²) com comorbidades (Dislipidemia, HAS, Diabetes Mellitus, Apnéia Obstrutiva do sono leve, moderada ou grave, Doença Osteoarticular Degenerativa ou DAC), iniciado há pelo menos um ano e comprovado através de relatório de endocrinologista ou de nutricionista (nos casos de tratamento não medicamentoso) integrantes do Programa de Endocrinopatias do Planserv;

2.3. Pacientes que tenham apresentado perda de peso maior que 50% do excesso pré-tratamento cirúrgico ou clínico ou IMC abaixo de 30 pré Abdominoplastia com estabilidade do peso nos últimos 3 meses;

2.4. Pacientes que apresentem uma ou mais das seguintes complicações: hérnias, candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, incapacidade funcional pelo abdome em avental com dificuldade de mobilização ou alteração postural comprovadas em relatório médico.

3. CODIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Para autorização, serão utilizados os seguintes códigos:

NOME DO PROCEDIMENTO	**ABDOMINOPLASTIA PARA CORRECAO DE ABDOME EM AVENTAL**
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	**8541402-7**
CÓDIGO - HONORÁRIO DE ANESTESIOLOGISTA	**8541402-8**
CÓDIGO – HM EQUIPE CIRÚRGICA	**8541402-9**

4. AVALIAÇÃO PERICIAL

O beneficiário será avaliado pelo Médico Perito do Planserv que realizará a avaliação clínica de acordo com os critérios estabelecidos em formulário específico, contido no ANEXO I;

Após a análise pericial o relatório será validado pela Equipe Técnica;

Caso o beneficiário não preencha os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico de Cirurgia Reparadora de Abdominoplastia do PLANSERV, uma nova avaliação pericial só poderá ser marcada, após 06 meses.

ANEXO I - AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA – PLANSERV

ABDOME EM AVENTAL

I. IDENTIFICACÃO DO PACIENTE		
Nome Civil:		
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( )Sim ( ) Não
Número Cartão Beneficiário:		
Sexo Biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo	Data Nascimento:	Idade:
Telefone:		

II. ANTECEDENTES MÉDICOS E EXAME CLÍNICO

Cirurgia Bariátrica: Sim ( ) Realizada em _____ /_____/_____ Não ( )

Tratamento Clínico: Sim ( ) Data do Início _____/_____/_____ Não ( )

Altura Aferida: _____

Peso (Início do Tratamento): _____ Peso (Atual): _____

IMC (Início do Tratamento): _____ IMC (Atual): _____

Candidíase de repetição: Sim ( ) Não ( )

Infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito: Sim ( ) Não ( )

Hérnia: Sim ( ) Não ( )

Incapacidade funcional com dificuldade de mobilização ou alteração postural: Sim ( ) Não ( )

História da Doença Atual (HDA):

III.COMORBIDADES

Diabetes Mellitus: Sim ( ) Não ( )

Hipertensão Arterial: Sim ( ) Não ( )

Degenerativas: Sim ( ) Não ( )

Outras:

FOLHA 2 - IDENTIFICACÃO DO PACIENTE
Nome Civil/Social:
Número Cartão Beneficiário:
Diástase dos Retos Abdominais: Sim ( ) Não ( ) Realizou algum tratamento para obesidade? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais: Cirurgias Realizadas:
IV.INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Há quanto tempo o paciente iniciou o tratamento clínico ou realizou a cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade grau III ou obesidade grau II com comorbidades? Qual o percentual do excesso de peso pré-tratamento clínico ou pré-cirúrgico perdido pelo paciente? O paciente apresenta estabilidade de peso há quanto tempo?
V.LAUDO PERICIAL
VI.IDENTIFICACÃO DO PROFISSIONAL

Nome/CRM e assinatura do médico perito:	Data:

TERMO DE DECLARAÇÃO E ACEITAÇÃO

Eu, _____,declaro conhecer os termos do Decreto Estadual nº. 9.552, de 21 de setembro de 2005, que regulamenta o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, a saber:

DECRETO Nº 9.552 DE 21 DE SETEMBRO DE 2005

O GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA, no uso das atribuições,

D E C R E T A

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais - PLANSERV, reorganizado pela Lei nº 9.528, de 22 de junho de 2005, que com este se publica.

"Art.16 - .....

Parágrafo único - As vedações previstas nos incisos II e III deste artigo não se aplicam aos casos descritos abaixo, quando atestados por perícia realizada por profissional do quadro do PLANSERV, com base em critérios técnicos e prazos previamente definidos pelo órgão:
I - gigantomastia;
II - ginecomastia masculina;
III - abdômen em avental e ptose mamária decorrentes de grande perda ponderal, com complicações clínicas, após cirurgia bariátrica."

Art. 2º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, em 21 de Setembro de 2005.

PAULO SOUTO
Governador

Ruy Tourinho
Secretário de Governo

Marcelo Barros
Secretário da Administração

Assim, aceito ser submetido(a) à perícia médica, junto ao PLANSERV, a fim de ser verificada a compatibilidade do meu quadro clínico aos critérios técnicos de indicação do órgão para a realização do procedimento cirúrgico de **ABDOME EM AVENTAL** com ou sem diástase.

Salvador, ___ de _____ de _____

_____

(Assinatura do Beneficiário)