NOVEMBRO
2026

Perícia Médica

Formulário de Avaliação

GIGANTOMASTIA

Planserv
Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais

GOVERNADOR DO ESTADO
JERÔNIMO RODRIGUES SOUZA

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
RODRIGO PIMENTEL DE SOUZA LIMA

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
LUIS EDUARDO BARRETO PEREZ

COORDENADORA ADJUNTA
LARISSA GUERRA DA SILVA

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE

COORDENAÇÃO
NADJA NARA REHEM DE SOUZA

REVISÃO 2026

DR. FÁBIO NUNES OLIVEIRA
DRA. ZEUSA ADRIANE DAVID MARQUES

EDIÇÕES ANTERIORES

COORDENAÇÃO MÉDICA

LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
JAQUELINE FIGUEREDO MENEZES

COLABORAÇÃO

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

PÉRICIA MÉDICA
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO
GIGANTOMASTIA

1. INTRODUÇÃO

A Gigantomastia é caracterizada por um crescimento excessivo e desproporcional das mamas em relação à estrutura corporal da mulher. O aumento exagerado da glândula mamária produz um desequilíbrio postural, pois modifica o centro de equilíbrio do tórax, pendendo a parte superior do tórax para trás e a região lombar para frente. O aumento exagerado da mama e o desequilíbrio trazem consequências danosas para a região da musculatura supra-clavicular.

2. CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA CIRURGIA

O PLANSERV assegura a cobertura assistencial do Tratamento Cirúrgico da Gigantomastia desde que atendidos **todos** os critérios clínicos e administrativos estritamente definidos para autorização elencados abaixo:

2.1 Necessidade de autorização prévia;

2.2 Beneficiárias com idade superior a 18 anos;

2.3 IMC menor que 30 e estável por 12 meses com comprovação por laudos médicos ou nutricionais;

2.4 Gigantomastia sintomática. Presença de pelo menos dois dos sintomas abaixo registrados em relatório médico assistente:

2.4.1 Dor crônica mamária ou cervical devido ao peso das mamas;

2.4.2 Intertrigo inframamário recorrente e refratário;

2.4.3 Sulcos nos ombros decorrentes do peso das alças do sutiã;

2.4.4 Dor ou parestesia devido à compressão do plexo braquial;

2.4.5 Alterações posturais com impacto funcional (cifose, hiperlordose, etc.).

2.5 Apresentação de relatório médico da Cirurgia Plástica justificando a indicação médica não estética da Cirurgia de Correção da Gigantomastia com descrição dos sintomas e falha de medidas conservadoras; documentando a persistência, apesar de pelo menos 3

meses de teste com medidas terapêuticas de pelo menos um dos critérios elencados a seguir:

2.5.1 Dor crônica na coluna cervical ou torácica superior sem outros fatores precipitantes agudos;

2.5.2 Dor crônica nos ombros e sobre o músculo trapézio;

2.5.3 Dor de cabeça não relacionadas a outra causa;

2.5.4 Dor com inclinação cervical e cifose associada documentada por radiografia;

2.5.5 Dor, desconforto, ulceração na região das alças do sutiã cortando os ombros;

2.6 Apresentação de relatório médico da Mastologia informando que paciente não tem patologia mamária que seja fator impeditivo para Correção de Gigantomastia;

2.7 Apresentação de relatório médico da Ortopedia indicando patologias da coluna e sua correlação com o aumento das mamas, exames de imagem que indiquem patologias osteomusculares tais como hiperlordose lombar, cifose etc.; informações sobre outras possíveis causas dos sintomas álgicos da paciente que foram descartadas, impacto da dor na qualidade de vida da paciente e tentativa documentada de tratamento conservador da dor por pelo menos 3 meses, incluindo: fisioterapia postural; medicamentos analgésicos e/ou anti-inflamatórios e uso de sutiã terapêutico;

2.8 Quando preenchido **pelo menos 03 dos indicadores positivos para hipertrofia mamária grave** descritos abaixo, **sendo 01 critério obrigatório ("afundamento da musculatura") e pelo menos 2 (dois) dos critérios adicionais** evidenciados pela perícia médica com o auxílio de formulário próprio (Anexo I):

CRITÉRIO OBRIGATÓRIO:

- Afundamento da musculatura supra-clavicular ("degrau" ou "depressão" na musculatura supra-clavicular da musculatura);

CRITÉRIOS ADICIONAIS:

- Indice de Sacchini – IS (distância média entre a distância do mamilo ao sulco inframamário e do mamilo à margem lateral do esterno) maior que 11;
- Distância Intermamilar – DI (distância entre os mamilos, ou seja, a medida da separação entre o mamilo esquerdo e o mamilo direito) maior que 35 cm;
- Circunferência Mamária - CM (medida da circunferência do tronco passando sobre o ponto mais volumoso das mamas) maior que 110 cm;
- Circunferência Torácica - CT (medida da circunferência ao redor do corpo, passando logo abaixo dos seios, na base da mama) maior que 100 cm;

NOTA:

- Será autorizada a cirurgia para as beneficiárias que confirmarem o diagnóstico através de relatórios conforme especificados nos critérios para autorização da cirurgia (item 2), IMC menor que 30 e estável por 12 meses, presença de pelo menos dois dos sintomas relacionados a gigantomastia sintomática registrados no item 2.4 **e pelo menos 03 indicadores positivos para hipertrofia mamária grave descritos no item 2.8 acima (sendo o "afundamento da musculatura" item obrigatório);**
- Pacientes que não preencherem os critérios acima para autorização, não poderão realizar a cirurgia, ainda que outros fatores clínicos possam estar associados, como por exemplo, o status psicológico das pacientes;
- O procedimento só poderá ser realizado por prestador da rede PLANSERV credenciado na especialidade de cirurgia plástica ou mastologia.

3. CODIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

O Procedimento refere-se à abordagem bilateral e é coberto pelo PLANSERV através de pacote 85.41.424-7/8/9 publicado no documento: Valor Referencial Cirurgia Reparadora que inclui a remuneração do cirurgião e auxiliares.
Para autorização, serão utilizados os códigos:

NOME DO PROCEDIMENTO	TRATAMENTO DA GIGANTOMASTIA BILATERAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	**85.41.424-7**
CÓDIGO – HONORÁRIO DE ANESTESIOLOGISTA	**85.41.424-8**
CÓDIGO – HM EQUIPE CIRÚRGICA	**85.41.424-9**

4. AVALIAÇÃO PERICIAL

O Médico Perito do PLANSERV realizará a avaliação clínica focando na evidência da condição de Gigantomastia, nos indicadores de hipertrofia mamária e alterações osteomusculares visíveis a inspeção e de acordo com os critérios estabelecidos em formulário específico, contido no ANEXO I;

Caso o (a) beneficiário (a) não preencha os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico de Gigantomastia do PLANSERV, a solicitação não será autorizada. Nova perícia somente poderá ser solicitada após 6 meses.

ANEXO I

AVALIAÇÃO PERICIAL CLÍNICA

GIGANTOMASTIA

I. IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

Nome:		
Nome Social:		Deseja ser chamado pelo nome social: ( ) Sim ( ) Não
Cadastro:	Data de Nascimento: _____/_____/_____	Sexo Biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo
Estado Civil:	Idade:	Telefone para contato:

II. ANTECEDENTES MÉDICOS E EXAME FÍSICO

PA:	Peso: Altura:	IMC:
Catamênios:	Ingurgitamento Mamário:	Mastalgia:
Gesta:	Para:	Aborto:
Mastopatia Prévia:		
HMA:		
Dor Crônica mamária devido ao peso das mamas ( ) Sim ( ) Não	Alterações posturais com impacto funcional ( ) Cifose ( ) Hiperlordose ( ) Outros :_____	
Dor cervical devido ao peso das mamas ( ) Sim ( ) Não	Intertrigo inframamário recorrente e refratário ( ) Sim ( ) Não	
Sulcos nos ombros decorrentes do peso das alças do sutiã ( ) Sim ( ) Não	Dor ou parestesia devido à compressão do plexo braquial ( ) Sim ( ) Não	

III. CO-MORBIDADES

Doenças Osteoarticulares Degenerativas: ( ) Sim ( ) Não Quais:_____	
Diabetes Mellitus: ( ) Sim ( ) Não Hipertensão Arterial: ( ) Sim ( ) Não	Outras: ( ) Sim ( ) Não _____
Medicamentos Utilizados:	
Cirurgias Realizadas:	

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

Câncer de mama familiar: ( ) Sim ( ) Não

MEDIDAS MAMÁRIAS	
Medidas	**Hipertrofia Acentuada**
DI	Maior que 35 cm
CM	Maior que 110 cm
CT	Maior que 100 cm
IS	Maior que 11 cm

Afundamento da musculatura supra-clavicular (“degrau”): ( ) Sim ( ) Não

DI: Distância intermamilar (distância entre os mamilos);

CM: Circunferência Mamária (medida da volta ao tronco, a nível dos seios);

CT: Circunferência Torácica (distância ao redor do tórax, geralmente na altura dos mamilos ou imediatamente abaixo do peito);

IS: Indice de Sacchini (distância média entre a distância do mamilo ao sulco inframamário e do mamilo à margem lateral do esterno).

A paciente está indicada para realizar a cirurgia ( ) Sim ( ) Não
Códigos: 8541424-7 / 8541424-8 / 8541424-9

Observações complementares:

Data:	Nome/CRM do Médico Perito Responsável:
_____/_____/_____	

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 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 **GIGANTOMASTIA**.

Salvador, ___ de _____ de _____

_____

(Assinatura do Beneficiário)