

JUNHO  
2026

Perícia Médica

Formulário de Avaliação

GIGANTOMASTIA

**GOVERNADOR DO ESTADO**  
JERÔNIMO RODRIGUES SOUZA

**SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO**  
RODRIGO PIMENTEL DE SOUZA LIMA

---

**REALIZAÇÃO**

---

**COORDENADOR GERAL**  
LUIS EDUARDO BARRETO PEREZ

**COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE**

**COORDENAÇÃO**

MARIA BEATRIZ FIGUEIREDO FAUAZE

**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 CASSIÁ 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 algícos 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 Pelo menos 03 indicadores positivos para hipertrofia mamária grave descritos abaixo (sendo o “afundamento da musculatura,” item obrigatório) evidenciados pela perícia médica com o auxílio de formulário próprio (Anexo I):
  - 2.8.1 **Afundamento da musculatura supra-clavicular** (“degrau” ou “depressão” na musculatura supra-clavicular da musculatura) – **item obrigatório**;
  - 2.8.2 **Índice de Sacchini – IS** (distância média entre a distância do mamilo ao sulco inframamário e do mamilo à margem lateral do esterno) maior que 11;
  - 2.8.3 **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;
  - 2.8.4 **Circunferência mamária - CM** (medida da circunferência do tronco passando sobre o ponto mais volumoso das mamas) maior que 110 cm;
  - 2.8.5 **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
<b>DI</b>	Maior que 35 cm
<b>CM</b>	Menor que 110 cm
<b>CT</b>	Maior que 100 cm
<b>IS</b>	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: Índice 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,

### DECRETA

**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)

