

JULHO 2026

Perícia Médica

Formulário de Avaliação

PTOSE MAMÁRIA

GOVERNADOR DO ESTADO
JERÔNIMO RODRIGUES SOUZA

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
RODRIGO PIMENTEL DE SOUZA LIMA

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
LUIZ EDUARDO BARRETO PEREZ

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE

COORDENAÇÃO

MARIA BEATRIZ FIGUEIREDO FAUZE

EDIÇÃO ANTERIOR

COORDENAÇÃO MÉDICA

LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
JAQUELINE FIGUEREDO MENEZES

COLABORAÇÃO

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

1. INTRODUÇÃO

A ptose mamária é o termo utilizado para a flacidez e queda do complexo areolomamilar (mamilo e aréola) abaixo do sulco inframamário. Uma das classificações mais aceitas e utilizadas, descrita por Regnault,^{1,2} apresenta três graus distintos baseados na altura do complexo areolomamilar (mamilo e aréola) em relação ao sulco inframamário. Foram também descritas, duas formas intermediárias da ptose mamária conhecidas como ptose parcial e pseudoptose.

Ptose Mamária Completa ou Verdadeira	Grau 1 (Leve)	Complexo areolomamilar na altura do sulco inframamário e acima do contorno da glândula (leve).
	Grau 2 (Intermediária)	Complexo areolomamilar abaixo do sulco inframamário, mas acima do contorno inferior da glândula.
	Grau 3 (Extensa)	Complexo areolomamilar abaixo do sulco inframamário e do contorno da glândula;
Ptose parcial	Ptose parcial	Complexo areolomamilar acima do sulco inframamário e ptose da glândula.
Pseudoptose	Pseudoptose	Complexo areolomamilar acima do sulco inframamário.

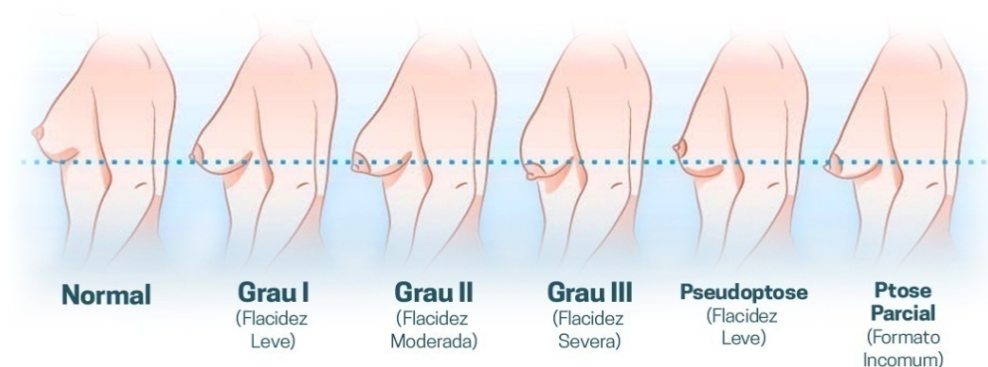


Figura 1

2. CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA CIRURGIA

Este documento define os critérios técnicos, prazos e fluxo da autorização do procedimento de Correção Cirúrgica de Ptose Mamária, no contexto do PLANSERV.

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.

O PLANSERV contempla a Correção Cirúrgica da Ptose Mamária desde que cumpridas todas as determinações abaixo:

- Autorização prévia;
- Concordância e assinatura da beneficiária do TERMO DE DECLARAÇÃO E ACEITAÇÃO PLANSERV (ANEXO 02);
- Idade igual ou maior que 18 anos;
- Ptose mamária decorrente de grande perda ponderal pós realização de cirurgia bariátrica ou pós tratamento clínico para obesidade grave ou grau III ou obesidade grau II com comorbidades (Dislipidemia, HAS, Diabetes Mellitus, Apneia Obstrutiva do sono leve, moderada ou grave, Doença Osteoarticular Degenerativa ou DAC), inscritos no Programa de Endocrinopatias oferecido pelo PLANSERV e que atendam aos seguintes critérios:
 - ✓ Um ano, no mínimo, da realização de cirurgia bariátrica ou de acompanhamento em tratamento clínico estruturado para obesidade grave ou grau III (IMC > 40kg/m²) ou obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9kg/m²) com comorbidades, comprovado por relatórios assistenciais que demonstrem seguimento regular por endocrinologista e/ou nutricionista durante o período;
 - ✓ Perda ponderal maior que 75% do excesso pré-tratamento cirúrgico ou clínico, com peso estabilizado há pelo menos 3 meses, conforme documentação assistencial apresentada.
- Perícia médica prévia;
- Ptose Mamária Extensa:
 - **Toda** a extensão do complexo areolomamilar abaixo do sulco inframamário e contorno mamário inferior (Grau 3, da figura 1);
 - Borda ou limite superior da aréola pelo menos **cinco centímetros** abaixo do sulco inframamário (figura 2).

3. AVALIAÇÃO PERICIAL

A perícia médica deve registrar em formulário próprio (ANEXO I - AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA) as medidas antropométricas necessárias e demais condições que atestem o cumprimento (ou não) dos parâmetros técnicos estabelecidos pelo PLANSERV.

Caso a beneficiária não preencha os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico de Cirurgia Reparadora de PTOSE MAMÁRIA, uma nova avaliação pericial só poderá ser marcada após 06 meses.

Medidas antropométricas mamárias para efeito da avaliação pericial:

- As medidas antropométricas mamárias devem ser realizadas com a paciente em posição de ortostase;
- Entende-se por prega ou sulco inframamário, a linha natural localizada na parte inferior dos seios, onde a base da mama encontra a parede do tórax (figura 2).
- Entende-se por contorno ou borda mamária inferior, o ponto mais inferior da glândula mamária (figura 2).

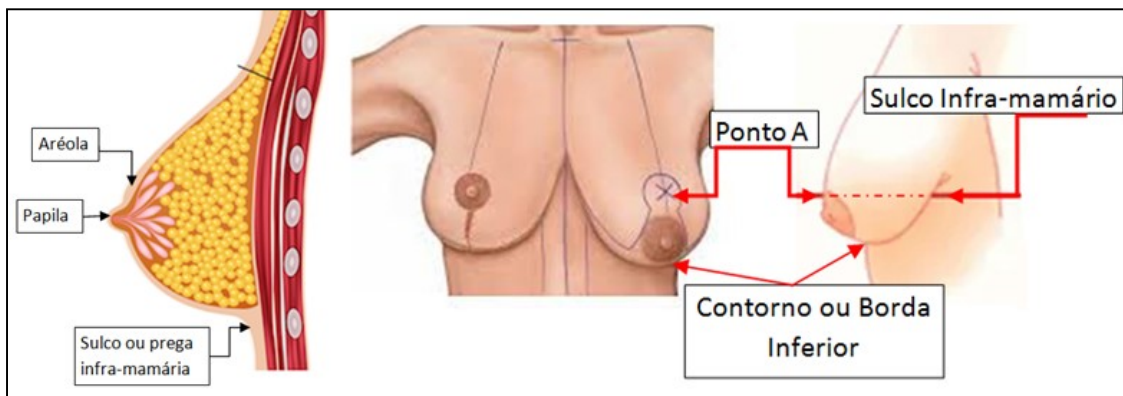


Figura 2

4. CODIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Para autorização da Correção da Ptose Mamária Bilateral, será utilizado o Valor Referencial (pacote):

Código Principal (Parte Hospitalar): 85.41.425-7

Código Honorários de Anestesiologia: 85.41.425-8

Código Honorários Cirúrgicos: 85.41.425-9

5. REFERÊNCIAS

1. Spear SL, Low M, Ducic I. Revision augmentation mastopexy: indications, operations and outcomes. Ann Plast Surg. 2003;51(6):540-6.
2. Regnault P. The hypoplastic and ptotic breast: a combined operation with prosthetic augmentation. Plast Reconstr Surg. 1966;37(1):31-7.
3. Sandro S., Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 37, no. 3, 2008 (Pág. 66-71)
4. Daniel MJB. Inclusão de prótese de mama em duplo espaço. Rev Bras Cir Plást.2005;20(2):82-7.

ANEXO I - AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA – PLANSERV

 Planserv Cuidando de quem cuida da Bahia	AVALIAÇÃO PERICIAL CLÍNICA PTOSE DE MAMA PÓS-BARIÁTRICA	
I. IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE		
Nome:		
Cadastro:	Dt. Nasc.:	Tel:
II. ANTECEDENTES MÉDICOS E EXAME FÍSICO		
Cirurgia Bariátrica	Sim () Realizada em ____ / ____ / ____ Não ()	
Tratamento clínico para obesidade mórbida	Sim () Data do Início ____ / ____ / ____ Não ()	
Altura: _____		
Peso (início do Tratamento): _____ Peso (Atual): _____		
IMC (Início do Tratamento): _____ IMC (Atual): _____		
História Pessoal de Câncer de Mama:		
História Familiar de Câncer de Mama:		
Mastopatia Prévia:		
Comorbidades:		
HMA:		
III. EXAMES DA MAMA		MARCAR OPÇÃO
Posição da Aréola Em relação ao Sulco Infra-mamário		
• Margem inferior da aréola completamente acima do sulco inframamário		
• Aréola na altura do sulco inframamário		
• Margem superior da aréola completamente abaixo do sulco inframamário		
Posição do contorno ou borda mamária inferior em relação ao sulco inframamário		
• Contorno mamário inferior acima do sulco inframamário		
• Contorno mamário inferior na altura do sulco inframamário		
• Contorno mamário inferior abaixo do sulco inframamário		
Distância (em centímetros) da aréola ao sulco inframamário		(cm).
IV. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
Há quanto tempo o paciente iniciou o tratamento clínico ou realizou a cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade mórbida 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?		
A paciente está indicada para realizar a cirurgia de acordo parâmetros PLANSERV?		
Observações Complementares:		

Nome da paciente:	
Data: ____/____/____	Nome/CRM do Perito Médico Responsável:

ANEXO 02 - 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 (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 **PTOSE MAMÁRIA PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**.

Salvador, ____ de _____ de _____

(Assinatura do Beneficiário)