

**AGOSTO  
2018**

**Perícia Médica**

**Formulário de Avaliação**

**GIGANTOMASTIA**



GOVERNADOR DO ESTADO  
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO  
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

---

REALIZAÇÃO

---

COORDENADOR GERAL  
CRISTINA TEIXEIRA SILVA OLINDA CARDOSO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO  
REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR  
MARIA BEATRIZ FAUZE

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 Associação Médica Brasileira em sua tabela de honorários médicos previa duas condições para a cirurgia plástica da mama, sendo a cirurgia estética e a reparadora. A falta de uma definição precisa destas duas situações era objeto de freqüentes conflitos. Atualmente aceitamos dois conceitos para as cirurgias plásticas, que são as cirurgias reconstrutivas e as não reconstrutivas.

A cirurgia reconstrutiva, como o próprio nome indica, trata-se de reconstrução de uma mama previamente mutilada pela cirurgia do câncer (mastectomia ou segmentectomia / quadrantectomia).

A GIGANTOMASTIA é a hipertrofia acentuada das mamas ou mamas bastante volumosas. 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 conseqüências danosas para a região da musculatura supra-clavicular.

Ainda que não haja estudos na literatura com grau de evidência satisfatória comprovando onexo causal entre as patologias da coluna e a gigantomastia, é consenso entre os especialistas que a redução do volume mamário melhora o status clínico, a dor, além de retardar o progresso de doença vertebral.

### **2. CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA CIRURGIA**

O Planserv inclui a cobertura do tratamento cirúrgico da gigantomastia que será autorizado em cumprimento aos seguintes critérios:

- 2.1 Necessidade de autorização prévia;
- 2.2 Beneficiárias do Planserv com idade superior a 18 anos;
- 2.3 Apresentação de relatório médico de mastologista relatando a gigantomastia, relatório de ortopedista indicando patologias da coluna relacionadas com o aumento das mamas;
- 2.4 Perícia médica prévia, a ser realizada por técnico do Planserv devidamente habilitado, quando serão avaliados os seguintes indicadores de hipertrofia mamária:
  - 2.4.1 Afundamento da musculatura supra-clavicular (degrau da musculatura) – Item obrigatório;
  - 2.4.2 Distância intermamilar (DI) maior que 35 cm;

- 2.4.3 Distância mamilo umbigo (DMU) menor que 25 cm;
- 2.4.4 Circunferência mamária (CM) maior que 55 cm;
- 2.4.5 Circunferência torácica (CT) maior que 110 cm;
- 2.4.6 Distância ombro a mamilos (DOM) maior que 30 cm.

**NOTA:**

- Será autorizada a cirurgia para as beneficiárias que confirmarem o diagnóstico através de relatórios e pelo menos 04 indicadores positivos para hipertrofia mamária grave descritos acima (sendo o “afundamento da musculatura” item obrigatório);
- Valores limites e borderline não serão aceitos como critérios de autorização;
- 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 será por Valor Referencial que inclui a remuneração do cirurgião e auxiliares.

Para autorização, serão utilizados os códigos:

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>TRATAMENTO DA GIGANTOMASTIA BILATERAL</b>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	<b>8541424-7</b>
CÓDIGO - HONORÁRIO DE ANESTESIOLOGISTA	<b>8541424-8</b>
CÓDIGO – HM EQUIPE CIRÚRGICA	<b>8541424-9</b>

### **4. AVALIAÇÃO PERICIAL**

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

Após a análise pericial o relatório será validado pela Comissão Técnica Autorizadora do Planserv;

Caso o (a) beneficiário (a) não preencha os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico de Gigantomastia do PLANSERV, gerando uma negativa para autorização do procedimento, uma nova avaliação pericial só poderá ser marcada, após 06 meses.

**ANEXO I**

**AVALIAÇÃO PERICIAL CLÍNICA**

**GIGANTOMASTIA**

**I. IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE**

Nome:

Cadastro:

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil:

Idade:

Telefone para contato:

**II. ANTECEDENTES MÉDICOS E EXAME FÍSICO**

Menarca:	Telarca:	PA:   Peso:   Altura:
Catamênios:	Ingurgitamento Mamário:	Mastalgia:
Gesta:	Para:	Aborto:
Mastopatia Prévia:		
HMA:		

**III. CO-MORBIDADES**

<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Doenças Osteoarticulares Degenerativas <input type="checkbox"/> Outras: _____
Medicamentos Utilizados:	
Cirurgias Realizadas:	

**IV. ANTECEDENTES FAMILIARES**

<input type="checkbox"/> Câncer de mama familiar:
---------------------------------------------------

**MEDIDAS MAMÁRIAS**

Medidas	Achados: MD/ME	Hipertrofia Acentuada
DI		Maior que 35 cm
DMU		Menor que 25 cm
CM		Maior que 55 cm
CT		Maior que 110 cm
DOM		Maior que 30 cm

DI: Distância intermamilar DMU: Distância mamilos ao umbigo	CM: Circunferência Mamária DOM: Distância ombro a mamilos	CT: Circunferência Torácica
Afundamento da musculatura supra-clavicular (degrau da musculatura)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A paciente está indicada para realizar a cirurgia,		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - PLANSEV, 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 PLANSEV, 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 PLANSEV, 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)