



## MAMOPLASTIA

maio/2015

### I – REGRAS GERAIS

#### 1. Cobertura

a. O Programa tem cobertura para realização de:

- I. Mamoplastia Redutora Bilateral em mulheres que apresentam mamas com hiperplasia acentuada (gigantomastia);
- II. Mamoplastia Reparadora Bilateral, nos casos de mulheres submetidas à mastectomia decorrentedeneoplasiamaligna.(Lei9.767/97alteradapelaLei12.802/2013).

#### 2. Mamoplastia RedutoraBilateral

b. A mamoplastia redutora (cirurgia plástica para diminuição da mama) é realizada em mulheres com quadro de hipertrofia acentuada de mamas (gigantomastia), que além da alteração estética, causem:

- I. sobrecarga na coluna vertebral e da musculatura da cintura escapular, ocasionando dor local e depressão da musculatura supraclavicular;
- II. vício postural importante com alterações de alinhamento (escoliose, lordose);
- III. alterações de pele recorrentes em áreas de atritos e de dobras cutâneas (intertrigo).

c. Para avaliação das dimensões das mamas, é adotado o índice de Sacchini, segundo o qual o volume mamário é classificado em: hipomastia, normal ou hipertrofia, de acordo com as seguintes medidas: <9 cm; entre 9 – 11 cm e >11 cm, respectivamente.

d. Para caracterização do grau de hipertrofia mamária são adotados índices antropométricos que envolvem: distância intermamilar (DI) >35 cm; distância dos mamilos ao umbigo (DMU) <25 cm; circunferência mamária (CM) >55 cm; circunferência torácica (CT) >110 cm e distância dos ombros aos mamilos (DOM) >30 cm.

e. Para que a hipertrofia seja considerada como acentuada (gigantomastia) é necessário que pelo menos quatro desses índices estejam de acordo com os valores especificados.

#### 3. Mamoplastia ReparadoraBilateral

f. A cirurgia reparadora de mama é autorizada quando a mastectomia (cirurgia para retirada da mama) for decorrente de neoplasia maligna, devendo ser realizada imediatamente após o ato cirúrgico de retirada das mamas, caso as condições clínicas sejam favoráveis, de acordo com a legislação citada.

#### 4. Autorização prévia

- g. A cobertura requer a autorização prévia pela administração do Programa, tanto na modalidade de livre-escolha quanto na Rede Credenciada.
- h. A autorização será feita no pedido médico original, pela Junta Médica do Tribunal ou pelo médico perito na Seccional, o qual deverá ser apresentado ao hospital onde será realizada a cirurgia.
- i. A realização da cirurgia sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de reembolso.

#### 5. Custeio

- j. Haverá incidência de custeio de 10% (dez por cento) à conta do beneficiário titular, nos termos do art. 58 da Resolução/Presi/Secbe 9, de 23/04/2014.
- k. Os custeios serão consignados em folha de pagamento do beneficiário titular em parcelas **mensais fixas de 5% da remuneração**, descontados o IR e a Previdência (PSS/INSS).

#### 6. Reembolso

- l. Os tratamentos realizados através do sistema de livre-escolha (fora da Rede Credenciada) seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os procedimentos realizados por profissionais ou instituições credenciados, inclusive no que se refere às autorizações prévias, para direito ao reembolso. ([Ver Rotina de Reembolso](#)).

## II – ROTINA

---

1. O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária a autorização do procedimento ao **Gabinete da SECBE**, se vinculado ao TRF ou à SEBES, se vinculado a Seccional, conforme segue:
  - a) pedido médico original, constando CID;
  - b) laudo do médico assistente descrevendo a cirurgia proposta e justificando a sua necessidade;
  - c) exames complementares recentes necessários à comprovação do diagnóstico;
  - d) relatório atualizado com as medidas antropométricas de acordo com o índice de Sacchini, no caso da Mamoplastia redutora bilateral.
2. A administração autuará o PAe com a documentação apresentada e o encaminhará para análise pela Junta Médica.
3. A Seccional que não possuir Junta Médica, encaminhará o PAe à SECBE, pelo SEI, que retornará os autos à SEBES com a decisão baseada no parecer da Junta Médica, para ciência ao interessado (beneficiário titular) e providências pertinentes na Seccional.
4. O beneficiário titular será informado, via e-mail, da decisão expedida com fundamento no parecer da Junta Médica.
5. A cirurgia deve ser agendada somente após a autorização pelo Programa, pois poderão ser solicitados outros exames ou relatórios complementares.
6. Optando o beneficiário pela utilização da livre escolha, quanto ao profissional e/ou clínica/hospital, e estando o procedimento previamente autorizado pelo Programa, terá direito ao reembolso, limitado ao valor constante das tabelas adotadas pelo Programa. ([Ver Rotina de Reembolso](#)).