



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**FUNDO MUNICIPAL DE PREVIDENCIA DE COMODORO**  
**COMODORO-PREVI**



Ofício n.º 057/CP/2025

Comodoro/MT, 15 de agosto de 2025.

**GUSTAVO ANDRÉ ROCHA – Ordenador de Despesa**

Rua. Amazonas, n.º 178 E – Município de Comodoro/MT

CEP: 78.310-000

**RG: 9011846996 SSP/RS**

CPF: 352.035.520-53

Código: 1121128

**PROCESSO N.º 2020017/2025**

Senhor Conselheiro,

Com meus cumprimentos, e em atenção ao ofício n.º 34/2025/AASC/LCP, que trata da aposentadoria em favor da Senhor José Alair Zagotto, encaminho anexo a defesa e documentos solicitados.

Sendo o que se apresenta para o momento, coloco esta Administração ao Vosso dispor para maiores informações e esclarecimentos se necessários, ao ensejo reitero votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

  
**Gustavo André Rocha**  
Diretor Executivo

Ao Exmo. Sr.

**Luiz Carlo Pereira**

Auditor Substituto de Conselheiro do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso  
**CUIABÁ – MT.**



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**FUNDO MUNICIPAL DE PREVIDENCIA DE COMODORO**  
**COMODORO-PREVI**



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR, LUIZ CARLOS PEREIRA,**  
**RELATOR DO PROCESSO N.º 2020017/2025**

Conforme solicitado pelo Ministério Público de Contas na Diligência nº 135/2025, item a) (conclusão) encaminho anexo o Prontuário de atendimento Médico Pericial-Aposentadoria por invalidez, com todas as informações solicitadas.

Fico ao inteiro dispor de Vossa Excelência quanto a possíveis esclarecimentos de dúvidas sobre a matéria aqui enfocada.

  
**Gustavo André Rocha**  
*Diretor Executivo*

## Prontuário de Atendimento Médico-Pericial-Aposentadoria por Invalidez

**Laudo pericial complementar**  
**Perícia realizada em 20/03/2025**

|   |  |  |  |                |
|---|--|--|--|----------------|
| <b>Nome do Servidor</b>   |  | <b>Data Nascimento</b>   | <b>Idade</b>   | <b>Sexo</b>    |
| José Alair Zagotto  |  | 12/01/1951   | 74   | Masculino      |
| <b>Nº Identidade</b>  |  | <b>Org. Exp.</b>   |  | <b>Nº CPF</b>  |
| 072.166   |  | SSPMT  |  | 298.596.201-30 |
| <b>Data Admissão</b>  | <b>Matrícula</b>   | <b>Cargo/Função Atual</b>  | <b>Lotação</b>   |                |
|   |  |  |  |                |
| <b>Histórico de Doença</b>  |  |  |  |                |
| <p>Refere que em 2012 iniciou quadro de dispneia a esforços. Passou por atendimento médico com diagnóstico de DPOC, mais bronquite, com indicação de tratamento medicamentoso desde então. No momento em uso de budesonida, formoterol, indacaterol, glicopironio. CID:J44,0. Teve tuberculose e pneumonia.</p> <p>Refere que mesmo com tratamento ainda sem controle dos sintomas.</p> <p>Refere dispneia aos pequenos esforços.</p> |  |  |  |                |
| <b>Diagnóstico a Cargo do Médico Perito Local</b>   |  |  |  |                |
| <b>1- Está o examinado incapacitado para o trabalho?</b>  |  |  | Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )                               |                |
| <b>2- Responder somente em caso de resposta afirmativa ao item 1:</b>   |  |  |  |                |
| <b>2.1- É suscetível de recuperação para o seu próprio trabalho?</b>  |  |  | Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )                               |                |
| <b>2.2- É suscetível de reabilitação para outra atividade?</b>  |  |  | Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )                               |                |
| <b>3- A incapacidade decorre de moléstia profissional?</b>  |  |  | Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )                               |                |
| <b>4- A incapacidade decorre de acidente de trabalho?</b>   |  |  | Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )                               |                |
| <b>5- Em caso de exame para constatação de invalidez:</b>   |  |  |  |                |
| <b>5.1- Há invalidez?</b>   |  |  | Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )                               |                |
| <b>5.2- Data de início da incapacidade?</b>   |  |  | 2012   |                |
| <b>5.3- A patologia enquadra-se no art. 14 da Lei nº <u>1.519</u> de <u>23</u> de <u>06</u> de <u>2014</u></b>  |  |  | Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )                               |                |
| <b>Diagnóstico Provável (literal)</b>   |  | <b>Cód. Diagnóstico (CID)</b>  |  |                |
| Doença pulmonar obstrutiva crônica  |  | J44.0  |  |                |
| <b>Assinaturas e Carimbos dos Médicos Peritos (no mínimo dois) e do Diretor/Coordenador. Local e data de emissão do Laudo Médico Pericial.</b>  |  |  |  |                |
| <b>VAGNER</b><br><b>HOFFMANN:</b><br><b>66767954268</b>   | Assinado de forma digital por VAGNER<br>HOFFMANN:66767954268<br>Dados: 2025.08.15 06:13:24 -03'00' | <b>ALESSANDRA</b><br><b>SANTOS DA</b><br><b>COSTA:78168341</b><br><b>287</b> | Assinado de forma digital por ALESSANDRA SANTOS DA COSTA:78168341287<br>Dados: 2025.08.15 07:47:35 -04'00' |                |