



## **PODER JUDICIÁRIO**

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Junta Médica Oficial

# **EXAMES ADMISSIONAIS - ANALISTA JUDICIÁRIO – ÁREA DE APOIO JUDICIÁRIO E ADMINISTRATIVO**

**Decretos Judiciários nº 2742/2024 e 2743/2024**

## **DATA e HORÁRIOS**

	<b>NOME</b>	<b>Data</b>
01	<b>CAROLLINE MADALENA DA SILVA ROCHA</b>	<b>15/07/2024 – 14:00h</b>
02	<b>CARINA MARIA MELO CRISPIM</b>	<b>15/07/2024 – 14:30h</b>
03	<b>EMILIA FARIA BARBOSA</b>	<b>15/07/2024 – 15:00h</b>
04	<b>EDNEIDE MOREIRA DOS SANTOS</b>	<b>15/07/2024 – 15:30h</b>
05	<b>MARIANA APARECIDA GARCIA DE OLIVEIRA</b>	<b>15/07/2024 – 16:00h</b>

Goiânia, 01/07/2024

**Dr. Gelson José do Carmo**  
**Diretor da Junta Médica Oficial do Poder Judiciário**

## ORIENTAÇÕES PARA O EXAME ADMISSIONAL

Para a realização do exame admissional agendado na Junta Médica Oficial do Poder Judiciário, situada à Av. 85, nº 603, Setor Sul, Goiânia-GO (Fone (62) 3216-7660, é necessário que o candidato ou candidata compareça com os seguintes documentos, exames e laudos:

**- Documento oficial de identificação, com foto (original);**

**- Formulário de Exame Admissional impresso, preenchido, datado e assinado com caneta preta ou azul (formulário em anexo);**

**- Resultados dos exames (originais):**

- Hemograma completo (Validade: 3 meses);
- Glicemia de Jejum (Validade: 3 meses);
- Sorologia para Chagas–Imunofluorescência para Tripanossomíase Americana (Validade: 1 ano);
- Lipidograma (Validade: 3 meses);
- Creatinina (Validade: 3 meses);
- TGO e TGP (Validade: 3 meses);
- Gama GT (Validade: 3 meses);
- PSA (para homens acima de 40 anos) - Homens entre 40 e 50: 1 ano de validade; Acima de 50anos: 6 meses de validade;
- Audiometria Tonal (Validade: 6 meses);
- Eletrocardiograma (ECG), com laudo médico (Validade: 6 meses);
- RX do tórax PA/Perfil, com laudo médico (Validade: 6 meses). Exame dispensado no caso de gravidez, comprovada por exames obstétricos.

**- Laudos (originais):**

- Laudo Oftalmológico (emitido por **médico oftalmologista** com RQE – Registro de Qualificação de Especialista junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM – Validade de 3 meses).

- Laudo Psiquiátrico (emitido por **médico psiquiatra** com RQE – Registro de Qualificação de Especialista junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM – Validade de 3 meses).

**Observações:**

Os exames de Eletrocardiograma (ECG) e Raio-X deverão ser assinados por médicos com RQE em Cardiologia e Radiologia e Diagnóstico por Imagem, respectivamente.

Laudos Oftalmológicos e Psiquiátricos apresentados somente serão aceitos se realizados de forma presencial. Para estes Laudos, especificamente, não serão aceitos laudos feitos por recursos de teleconsulta/telemedicina.

Os candidatos e candidatas nomeados em vaga de PcD devem apresentar, no momento do exame admissional, laudo médico e/ou exames médicos comprobatórios da condição de pessoa com deficiência.

Não há restrição quanto a assinatura digital, desde que seja possível sua validação por meio eletrônico no momento da avaliação pericial.

Exames e laudos originais apresentados serão retidos e arquivados pela Junta Médica no momento da avaliação admissional.

**JUNTA MÉDICA OFICIAL DO PODER JUDICIÁRIO, 01 de julho de 2024.**

**Dr. Gelson José do Carmo**  
**Diretor da Junta Médica Oficial do Poder Judiciário**



**PODER JUDICIÁRIO**  
Tribunal de Justiça do Estado de Goiás  
**Junta Médica Oficial**

1

## FORMULÁRIO DE EXAME ADMISSIONAL

### 1. DADOS - PESSOAIS E FUNCIONAIS:

<b>NOME SOCIAL (Resolução CNJ Nº 270/2018):</b>	
Nome Civil:	Naturalidade:
Data de Nascimento:	Idade: Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
CPF:	R.G.:
Estado Civil:	Fone:
Nomeação para o cargo de:	
Vaga destinada a pessoa com deficiência: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tipo da deficiência (se SIM na pergunta acima): <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Múltipla	

### 2. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE: (informar se tem ou já teve)

Situações	Sim	Não	Situações	Sim	Não	Situações	Sim	Não
Doenças do ouvido – Otites:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alterações intestinais:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tem insônias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações na visão:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroidas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedade:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarata:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hérnia Inguinal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressão:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculo renal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingere bebida alcoólica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouquidão ou perda da voz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecções urinárias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artroses:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ex-fumante:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fez uso de drogas ilícitas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquite ou Asma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores na coluna:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicação(es) em uso atualmente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores em punhos e mãos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pratica atividade física:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças do coração:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores no quadril:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pratica algum Hobby:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão Arterial (Pressão Alta):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores no joelho:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Já realizou Cirurgias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esofagite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esporão de calcâneo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual(is):		
Refluxo gastroesofágico (doença do refluxo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outras Patologias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varizes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual(is):		
Úlcera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Doença do fígado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença da tireoide:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatites:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças de pele:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cálculo na vesícula:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor de cabeça frequente (enxaqueca):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tem ou teve Câncer/Neoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imunização contra Hepatite B: Recebeu as três doses da vacina da hepatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomou outra(s) vacina(s);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, qual(is) órgão(s) acometido(s)?			Imunização contra Tétano:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual(is)?		
Alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imunização contra Influenza (gripe). Ano 2022:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suas condições físicas atuais impedem algum trabalho específico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, quais?			Imunização contra Febre Amarela:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sim, quais?		
Teve Covid;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imunização contra Covid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Quando?			Quantas doses?					

Goiânia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) nomeado(a)



**3. ANTECEDENTES FAMILIARES - Seus familiares diretos (pai, mãe, irmãos e avós), mesmo os já falecidos, têm ou tiveram alguma das doenças abaixo?**

Doenças	Sim	Não	Grau de Parentesco	Doenças	Sim	Não	Grau de Parentesco
Algum familiar com distúrbios psíquicos/depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Algum familiar com diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algum familiar com doenças do coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Algum familiar com câncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**4. ANTECEDENTES OCUPACIONAIS:**

Relacione suas últimas ocupações:			
Função/Ocupação	Período		
	____/____/____	até	____/____/____
	____/____/____	até	____/____/____
	____/____/____	até	____/____/____

Marque SIM ou NÃO	Sim	Não
Tem outra atividade de trabalho / Dupla Jornada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?		
Há quanto tempo?		
Já sofreu de doença do trabalho ou profissional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já sofreu algum acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como, quando e o que aconteceu?		
Afastou-se do trabalho por acidente ou doença profissional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando e por quanto tempo ficou afastado (em dias)?		
Teve alguma seqüela ou complicação em sua recuperação? Explique.		

Goiânia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) nomeado(a)