



PODER JUDICIÁRIO

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Junta Médica Oficial

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

Decreto Judiciário nº 2.334/2024

DATA e HORÁRIOS

	NOME	Data
01	ANA CLEIDE SOARES OLIVEIRA	13/06/2024 – 14:00h
02	RODOLFO SILVA RIBEIRO	13/06/2024 – 14:20h

Goiânia, 06/06/2024

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

EXAMES ADMISSIONAIS - ANALISTA JUDICIÁRIO - ÁREA JUDICIÁRIA Decreto Judiciário nº 2.333/2024

DATA e HORÁRIOS

	NOME	Data
01	ESMERALDA DIAS CASTRO CAVALCANTE	13/06/2024 – 15:00h
02	THAIS LOPES COUTO	13/06/2024 – 15:20h
03	RAQUEL CARVALHO MARTINS	13/06/2024 – 15:40h
04	MARIANA ALVES RORIZ BUENO	13/06/2024 – 16:00h
05	ANDRÉ JONAS DE CAMPOS	13/06/2024 – 16:30h
06	LUCAS RIOS FREIRE	13/06/2024 – 17:00h

Goiânia, 06/06/2024

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, 06 de junho 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:

NOME SOCIAL (Resolução CNJ Nº 270/2018):	
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)