



PODER JUDICIÁRIO

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Junta Médica Oficial

EXAMES ADMISSIONAIS – ANALISTA JUDICIÁRIO – ÁREA JUDICIÁRIA

DATAS e HORÁRIOS

| | NOME | Data |
|----|---|---------------------|
| 01 | ANDRE ANTUNES DE PAULA | 15/05/2024 – 09:40h |
| 02 | ANDREIA GOMES DINISIO DE ALMEIDA | 14/05/2024 – 15:10h |
| 03 | ARIANA BALESTRA DE MACEDO E SILVA | 15/05/2024 – 11:00h |
| 04 | BIANCA CARDOSO ABUD | 13/05/2024 – 14:30h |
| 05 | CARLA MILLANY PINHEIRO SANTANA QUEIROZ | 15/05/2024 – 09:20h |
| 06 | CECILIA DOS SANTOS MORAES | 14/05/2024 – 13:30h |
| 07 | DANIEL TAVARES DOS SANTOS | 13/05/2024 – 13:50h |
| 08 | EDUARDO DE OLIVEIRA LUCENA | 16/05/2024 – 09:20h |
| 09 | ESTER NASCIMENTO SOUZA DA SILVA | 14/05/2024 – 15:30h |
| 10 | FABIANA SOARES BARBOSA | 16/05/2024 – 10:40h |
| 11 | FABRÍCIA BRENDLER FRIEDRICH DE CASTRO FONSECA | 14/05/2024 – 14:50h |
| 12 | FELIPE DE SOUZA MORENO | 15/05/2024 – 10:40h |
| 13 | GRACIANA KEMP MAAS | 15/05/2024 – 10:00h |
| 14 | GUILHERME HENRIQUE DI IORIO DIAS | 14/05/2024 – 13:50h |
| 15 | IAGO VIEIRA DO NASCIMENTO SANTOS | 13/05/2024 – 16:10h |
| 16 | JOÃO NETO ARANTES BENTO | 14/05/2024 – 16:10h |
| 17 | JOHNATHAN MICHEL SANTOS ALMEIDA | 13/05/2024 – 15:30h |
| 18 | JOSE HUGO BARBOSA COSTA | 14/05/2024 – 11:00h |
| 19 | JOSENILDO FERREIRA BARBOSA JUNIOR | 15/05/2024 – 10:20h |
| 20 | JULIANA VENANCIO SILVA NAVES | 15/05/2024 – 09:00h |
| 21 | LORENA LAZAROTTO SILVA | 14/05/2024 – 14:30h |
| 22 | MARCOS VINÍCIO NERES RODRIGUES | 13/05/2024 – 13:30h |
| 23 | MARIÁH ALVES ATHAYDE | 16/05/2024 – 10:20h |
| 24 | MARIANA BARREIRA SOARES | 15/05/2024 – 11:40h |



PODER JUDICIÁRIO

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Junta Médica Oficial

| | | |
|----|--|---------------------|
| 25 | MARÍLIA DE ABREU OLIVEIRA | 13/05/2024 – 15:50h |
| 26 | MAURO CÉSAR TEIXEIRA DE FARIAS FILHO | 14/05/2024 – 15:50h |
| 27 | NATHALIA CRISTINE RODRIGUES ZACHARIAS | 13/05/2024 – 15:10h |
| 28 | NATHALIA PEREIRA DE OLIVEIRA | 16/05/2024 – 09:40h |
| 29 | NATHALIA SILVA ARAGÃO | 16/05/2024 – 09:00h |
| 30 | RENATHA GYOVANNA NAVES DE SOUZA FERREIRA | 13/05/2024 – 14:50h |
| 31 | TIAGO TITO PEREIRA DE CARVALHO FILHO | 14/05/2024 – 14:10h |
| 32 | VÍCTOR HUGO DE SOUSA | 15/05/2024 – 11:20h |
| 33 | WANESSA STEFANNY DOS SANTOS CORDEIRO | 13/05/2024 – 14:10h |
| 34 | WDSOON RIBEIRO ARAÚJO | 16/05/2024 – 10:00h |

Goiânia, 03/05/2024

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 APOIO JUDICIÁRIO E ADMINISTRATIVO

DATAS e HORÁRIOS

| | NOME | Data |
|----|------------------------------------|---------------------|
| 01 | ANDRESSA LIMA ASSUNÇÃO BATISTA | 17/05/2024 – 11:30h |
| 02 | ARCENIO CURCINO RAMALHO | 20/05/2024 – 15:30h |
| 03 | DEBORA BEZERRA DUARTE | 20/05/2024 – 14:30h |
| 04 | EDSON SOUZA DOS SANTOS | 20/05/2024 – 14:50h |
| 05 | EUSIRLEY MATIAS DE SOUZA | 17/05/2024 – 08:20h |
| 06 | FABIANA LACERDA BARBOSA | 16/05/2024 – 11:20h |
| 07 | FRANCISCO FERREIRA MOURA | 20/05/2024 – 13:50h |
| 08 | FREDERICO AFONSO FARIAS | 17/05/2024 – 09:00h |
| 09 | GIOVANNI REZENDE BOTELHO | 17/05/2024 – 08:00h |
| 10 | GUILHERME CORRÊA NEVES | 20/05/2024 – 15:10h |
| 11 | JOANESSA ALVES DE SOUSA | 16/05/2024 – 11:40h |
| 12 | JOICE FERREIRA DA SILVA COSTA | 20/05/2024 – 14:10h |
| 13 | LARISSA BATISTA ARAUJO | 17/05/2024 – 16:10h |
| 14 | LAYLLA CRISTINNA MARTINS FERREIRA | 17/05/2024 – 09:40h |
| 15 | LETÍCIA ELVIRA PEREIRA DE MEDEIROS | 17/05/2024 – 15:50h |
| 16 | LUISA DE MELO AGUIAR | 17/05/2024 – 09:20h |
| 17 | MARA CRISTINA BIASOM BATISTA | 17/05/2024 – 15:30h |
| 18 | MARCOS COSTA ACIOLE DA SILVA | 17/05/2024 – 14:50h |
| 19 | MATHEUS NERES DA SILVA | 17/05/2024 – 14:30h |
| 20 | REGINALDO DE SOUZA BATISTA | 17/05/2024 – 15:10h |
| 21 | RODRIGO MARQUES ANTONELI | 17/05/2024 – 08:40h |



PODER JUDICIÁRIO

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Junta Médica Oficial

| | | |
|----|------------------------|---------------------|
| 22 | THIAGO COSTA E SILVA | 20/05/2024 – 13:30h |
| 23 | VICTOR DE PAIVA ARAÚJO | 16/05/2024 – 11:00h |

Goiânia, 03/05/2024

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, 03 de maio 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)