



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



## EXAMES ADMISSIONAIS

**Cargo: ANALISTA JUDICIÁRIO – ÁREA JUDICIÁRIA**

**(Nomeação: Decreto Judiciário nº 5428/2023)**

### DATAS E HORÁRIOS

Nº	NOME	Exames dia 11/12/2023
01	PEDRO HENRIQUE MARTINS RODRIGUES	11/12/2023 – 08:00h
02	DIEGO BATISTA ALVES	11/12/2023 – 08:20h
03	MARCO ANTÔNIO DE SOUSA MAGALHÃES	11/12/2023 – 08:40h
04	BRUNA FERREIRA DIAS	11/12/2023 – 09:00h
05	LUCIANA CARVALHO MELLO	11/12/2023 – 09:20h
06	SARAH SANTOS PARREIRA	11/12/2023 – 09:40h
07	RAMIRO MATUSALÉM DE PAULO	11/12/2023 – 10:00h
08	BRENO VAZ ROSA	11/12/2023 – 10:20h
09	MARIANNA CIRQUEIRA RODRIGUES	11/12/2023 – 10:40h
10	NAYGUEL COSTA ANDRADE	11/12/2023 – 11:00h

Junta Médica Oficial do Poder Judiciário - Av.85, nº 603, Setor Sul – Goiânia GO

Telefone 62 3216 7660

11	OTONIEL GOMES DE MOURA	11/12/2023 – 11:20h
12	JACKELINE SAMPAIO PEREIRA	11/12/2023 – 11:40h
13	RENATA CRISTINA MAIA SILVA SEGANTINI	11/12/2023 – 14:00h
14	ROGERIO MAGNO MOREIRA DE PAIVA JUNIOR	11/12/2023 – 14:20h
15	ISABELA OLIVEIRA MORAIS	11/12/2023 – 14:40h
16	ELIZANDRA RODRIGUES MONTEIRO DA CRUZ	11/12/2023 – 15:00h
17	MAYARA RIBEIRO OLIVEIRA	11/12/2023 – 15:20h
18	WANESSA OTENIELLA BARBOSA DE SOUS	11/12/2023 – 15:40h
19	LEVI OLIVEIRA GONÇALVES DE MELO	11/12/2023 – 16:00h
20	MILENA CHAVES CORREIA	11/12/2023 – 16:20h
21	NAYRELLI DE MELO SALES	11/12/2023 – 16:40h
22	LILIAN MARA FERREIRA	11/12/2023 – 17:00h
23	MATHEUS BORGES LAMOUNIER E BARROS	11/12/2023 – 17:20h
24	MARCIANO APARECIDO PIRES E SILVA	11/12/2023 – 17:40h
25	RAY OLIVEIRA DE JESUS	11/12/2023 – 08:00h
26	RAY FERNANDES DE SOUZA	11/12/2023 – 08:20h
27	RACKEL EVARISTO SILVA	11/12/2023 – 08:40h
28	LEONARDO FERNANDES LOPES	11/12/2023 – 09:00h
29	BRUNNA KARLA DIAS MELO	11/12/2023 – 09:20h
30	LAURA ARAUJO MACHADO	11/12/2023 – 09:40h
31	CAROLINE TOLÊDO BONIFÁCIO GUIMARÃES (14)	11/12/2023 – 10:00h
32	JACINTA MARIA DA CONCEIÇÃO BARROS LIMA	11/12/2023 – 10:20h
33	EZEQUIEL SILVA ALVES	11/12/2023 – 10:40h
34	VINÍCIUS BORGES FARIA DE OLIVEIRA	11/12/2023 – 11:00h
35	LUCIANO VILARINHO DE MOURA	11/12/2023 – 11:20h
36	WELLINGTON FABIANO RODRIGUES PEREIRA	11/12/2023 – 11:40h
37	KELLY BIZINOTTO	11/12/2023 – 13:00h
38	THATIELLE RODRIGUES DOS SANTOS	11/12/2023 – 13:20h
39	GUSTAVO DOMINGUES NUNES	11/12/2023 – 13:40h
40	GUSTAVO ANUNCIAÇÃO DE PAULA	11/12/2023 – 14:00h
41	MARCUS VINÍCIUS JORDÃO DE MIRANDA	11/12/2023 – 14:20h
42	FABRYCIA JARDIM DA SILVA	11/12/2023 – 14:40h

43	ANA CLARA MARQUES FERREIRA MARANHÃO	11/12/2023 – 15:00h
44	YAGO GUERRA LUSTOSA DE JESUS	11/12/2023 – 15:20h
45	EMMANUEL DE JESUS BISPO FERREIRA (13)	11/12/2023 – 15:40h
46	PEDRO RIBEIRO DE OLIVEIRA JÚNIOR	11/12/2023 – 16:00h
47	PEDRO MORENO BAHIA DA COSTA	11/12/2023 – 16:20h
48	PRISCILA CHEDIAK PINHO	11/12/2023 – 16:40h
<b>Nº</b>	<b>NOME</b>	<b>Exames dia 13/12/2023</b>
49	RAÍSSA VIEIRA DE GOUVEIA	13/12/2023 – 08:00h
50	VALQUIRIA ROCHA RESENDE	13/12/2023 – 08:20h
51	RAISSA GARCIA CARVALHO OLIVEIRA	13/12/2023 – 08:40h
52	JOÃO CARLOS DO NASCIMENTO	13/12/2023 – 09:00h
53	JUCIMAR DOS SANTOS ARAÚJO	13/12/2023 – 09:20h
54	TAMARA HARHTMAN CARDOSO	13/12/2023 – 09:40h
55	MURILO LABOISSIERE CAMARGOS BORGES	13/12/2023 – 10:00h
56	KARINA RODRIGUES SILVA	13/12/2023 – 10:20h
57	JESSICA COSTA MARQUES	13/12/2023 – 10:40h
58	ARIADNE ALVES	13/12/2023 – 11:00h
59	MARINA APARECIDA NASCENTES FERREIRA	13/12/2023 – 11:20h
60	FILINTO CELESTINO ANTUNES FERREIRA	13/12/2023 – 11:40h
61	SARAH ANTUNES DORCINO	13/12/2023 – 08:00h
62	JEFFERSON RODRIGUES DA SILVA	13/12/2023 – 08:20h
63	ESDRAS NASCIMENTO BARBOSA	13/12/2023 – 08:40h
64	SERGIO FERNANDES MOTA JUNIOR	13/12/2023 – 09:00h
65	TATIELLE FERREIRA BARBOSA BORILLE	13/12/2023 – 09:20h
66	NATANE FRANCIELLA OLIVEIRA	13/12/2023 – 09:40h
67	RENATA MARTINS NUNES	13/12/2023 – 10:00h
68	MATHEUS MENDANHA LORERO BERNARDINO	13/12/2023 – 10:20h
69	ELIAS GUILHERME MENDES NEGREIROS	13/12/2023 – 10:40h
70	PAULO VICTOR DE GOODI LOPES	13/12/2023 – 11:00h
71	ANY TERESINHA RODRIGUES BESERRA	13/12/2023 – 11:20h
72	KAMILA DE ARAUJO CORDEIRO	13/12/2023 – 11:40h

73	LINCOLN PANIAGO VILELA	13/12/2023 – 08:00h
74	ARYADNA DE OLIVEIRA PERES	13/12/2023 – 08:20h
75	GUSTAVO DE ALMEIDA GOMES	13/12/2023 – 08:40h

Goiânia, 1º de dezembro de 2023.

**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 via aérea e óssea (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.**

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

**Todos os originais dos exames e dos laudos serão retidos pela Junta Médica no momento da avaliação admissional.**

**JUNTA MÉDICA OFICIAL DO PODER JUDICIÁRIO, 1º de dezembro de 2023.**

**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):	

### 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)