



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO – PARANÁ

PROCEDIMENTOS E EXAMES PRÉ-ADMISSIONAIS

Todos os candidatos nomeados para posse e exercício em novo cargo neste Tribunal Regional do Trabalho 9ª Região (TRT9) deverão realizar Exame Médico Pré-admissional. Para realização deste, **todos os candidatos deverão previamente:**

1. Realizar exames laboratoriais e de imagem, conforme listados abaixo.
2. Realizar avaliações médicas especializadas com médicos especialistas, trazendo os respectivos pareceres médicos, conforme listados abaixo.
3. Preencher a ficha de informações médicas (documento abaixo).
4. Comparecer **em data previamente agendada**, na Seção de Saúde Ocupacional, Edifício Administrativo do TRT9, à Rua Vicente Machado, 147, 4º andar, Centro, Curitiba/PR para consulta clínica com equipe médica do TRT9. Nesta ocasião o candidato deverá estar de posse da ficha de informações médicas preenchida, além de todos os resultados dos exames e pareceres médicos listados abaixo.

a. Exames laboratoriais:

Hemograma completo	Creatinina
Glicemia de jejum	Tipagem sanguínea
Perfil lipídico	Parcial de urina
ALT	

b. Outros exames:

Raio X de tórax PA e Perfil com laudo escrito
Eletrocardiograma – ECG com laudo escrito
Raio X de coluna lombossacra com laudo escrito (apenas para os candidatos ao cargo de Técnico Judiciário Área Administrativa Especialidade Segurança)

c. Pareceres médicos para **todos os candidatos:**

i. **Oftalmológico:** Este parecer deverá ser realizado por médico com especialidade em Oftalmologia, constando, no mínimo, as seguintes informações:

- 1) Acuidade visual
- 2) Refração
- 3) Motilidade ocular
- 4) Cromatopsia
- 5) Biomicroscopia
- 6) Tonometria
- 7) Fundoscopia

ii. **Psiquiátrico:** Este parecer deverá ser realizado por médico com especialidade em Psiquiatria, com o preenchimento por completo do formulário abaixo.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO – PARANÁ

d. Pareceres médicos apenas para os **candidatos ao cargo de Técnico Judiciário Área Administrativa Especialidade Segurança:**

i. **Ortopédico.** A ser realizado por médico com especialidade em Ortopedia, no qual conste aptidão, do ponto de vista desta especialidade médica, para a posse no cargo público.

ii. **Cardiológico.** A ser realizado por médico com especialidade em Cardiologia, no qual conste aptidão, do ponto de vista desta especialidade médica, para a posse no cargo público.

Lembretes importantes:

1 Todas as avaliações médicas especializadas listadas acima serão realizadas pelo candidato às suas expensas, em médicos externos ao quadro do Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região (TRT9).

2 Após a nomeação, a Seção de Saúde Ocupacional do TRT9 entrará em contato para agendamento do Exame Médico Pré-admissional. Este será realizado pela equipe de saúde do TRT9, na Seção de Saúde Ocupacional, Edifício Administrativo do TRT9, à Av. Vicente Machado, 147, 4º andar, Centro, Curitiba/PR.

3 Os candidatos deverão comparecer para o Exame Médico Pré-admissional **na data e horário previamente agendados**, de posse de **todos** os resultados dos exames complementares e pareceres médicos listados acima, e realizados em até 60 dias anteriores à data deste agendamento. Nesta ocasião, o candidato deverá trazer a Ficha de Informações Médicas abaixo preenchida por completo.

4 Trazer 1 (uma) foto 3x4.

5 Trazer todos os exames complementares e pareceres médicos. A falta de qualquer deles adiará o atendimento do candidato, que ficará sujeito à disponibilidade de horário.

6 A avaliação médica, será acompanhada por um(a) enfermeiro(a) do TRT na sala de exame, se necessário.

7 Caso o médico avaliador do TRT9 julgue necessários novos exames ou apresentação de laudo médico emitido por outros especialistas, o exame pré-admissional será suspenso e será agendada nova data para conclusão.

Ao final da avaliação pré-admissional, o médico avaliador do TRT9 emitirá para o candidato o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO –, que deverá ser entregue na Seção de Admissão junto com os demais documentos requeridos para posse.

Contatos: Telefone: (41) 3310-7142

E-mail: saudeocupacional@trt9.jus.br



EXAME PRÉ-ADMISSIONAL

FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS DO CANDIDATO

Sr(a). Candidato(a), por favor preencha **de próprio punho** todos os campos abaixo, sem omitir nada sobre sua saúde.

1. Identificação

Nome				Data	/	/	/
Idade	Estado Civil		Profissão				

2. Informações Gerais

Quando foi a última consulta regular?			
Qual o motivo?			
Está usando alguma medicação?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
Qual?			
Por quê?			
Já esteve internado?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
Por quê?			
Quando?			
Já foi operado?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
Por quê?			
Quando?			
Cite seus trabalhos anteriores:			
1			
2			
3			
4			
5			
Já trabalhou em local insalubre?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
Qual?			
Quando?			
Já teve doença profissional?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	
Qual?			
Quando?			



3. Informações sobre doenças que já tenha tido

Assinale com X as situações médicas abaixo que já teve. Caso tenha tido alguma não citada, escreva nos espaços em branco abaixo e coloque o X.

<input type="checkbox"/>	Sarampo	<input type="checkbox"/>	Poliomielite	<input type="checkbox"/>	Pneumonia	<input type="checkbox"/>	Pedras na vesícula	<input type="checkbox"/>	Infarto
<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Malária	<input type="checkbox"/>	Derrame pleural	<input type="checkbox"/>	Pedras nos rins	<input type="checkbox"/>	Pressão alta
<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	D. de Chagas	<input type="checkbox"/>	Catarro c/sangue	<input type="checkbox"/>	Infecções nos rins	<input type="checkbox"/>	Varizes
<input type="checkbox"/>	Caxumba	<input type="checkbox"/>	Leptospirose	<input type="checkbox"/>	Vômito c/sangue	<input type="checkbox"/>	Nefrites	<input type="checkbox"/>	Fraturas
<input type="checkbox"/>	Rubéola	<input type="checkbox"/>	Dengue	<input type="checkbox"/>	Fezes c/sangue	<input type="checkbox"/>	Cólicas menstruais	<input type="checkbox"/>	Artrites
<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	D. Venérea	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	Abortamentos	<input type="checkbox"/>	Artrose
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Gastrite	<input type="checkbox"/>	Infec. Próstata	<input type="checkbox"/>	Lúpus
<input type="checkbox"/>	Hepatite	<input type="checkbox"/>	Probl. Coagulação	<input type="checkbox"/>	Hérnia de hiato	<input type="checkbox"/>	Sopro cardíaco	<input type="checkbox"/>	Ciática
<input type="checkbox"/>	Meningite	<input type="checkbox"/>	Rinite alérgica	<input type="checkbox"/>	Hérnia inguinal	<input type="checkbox"/>	Febre reumática	<input type="checkbox"/>	Dor lombar
<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Sinusite	<input type="checkbox"/>	Diarreia frequente	<input type="checkbox"/>	Arritmia card.	<input type="checkbox"/>	Convulsões
<input type="checkbox"/>	Difteria	<input type="checkbox"/>	Asma/bronquite	<input type="checkbox"/>	Hemorroidas	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	Depressão
<input type="checkbox"/>	Tratamento psicológico	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

4. Informações sobre sintomas ou sinais que venha tendo

Assinale com X os sinais ou sintomas abaixo que possa estar tendo. Caso esteja sentindo outro sintoma não alistado, escreva resumidamente no espaço em branco.

<input type="checkbox"/>	Ataques	<input type="checkbox"/>	Palpitações	<input type="checkbox"/>	Vômito c/sangue	<input type="checkbox"/>	Azia/dor de estômago	<input type="checkbox"/>	Dor pernas
<input type="checkbox"/>	Desmaios	<input type="checkbox"/>	Dor peito c/exercício	<input type="checkbox"/>	Fezes c/sangue	<input type="checkbox"/>	Vertigens/Zumbidos	<input type="checkbox"/>	Dor nas juntas
<input type="checkbox"/>	Esgotamento nervoso	<input type="checkbox"/>	Dor no peito c/emoção	<input type="checkbox"/>	Fezes negras	<input type="checkbox"/>	Dor cabeça frequente	<input type="checkbox"/>	Falta força mãos
<input type="checkbox"/>	Dificuldades de visão	<input type="checkbox"/>	Falta de ar c/exercício	<input type="checkbox"/>	Urina c/sangue	<input type="checkbox"/>	Dor ouvidos	<input type="checkbox"/>	Falta força pernas
<input type="checkbox"/>	Dificuldades audição	<input type="checkbox"/>	Tosse mais 3 semanas	<input type="checkbox"/>	Paralisias	<input type="checkbox"/>	Dor braços/ombros	<input type="checkbox"/>	Formigamento mão
<input type="checkbox"/>	Dificuldades de fala	<input type="checkbox"/>	Catarro c/sangue	<input type="checkbox"/>	Inchaço nas pernas	<input type="checkbox"/>	Dor lombar/nádegas	<input type="checkbox"/>	Emagrecimento
Outros:									



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO – PARANÁ

5. Apenas para mulheres

Data última
menstruação / /

Cólicas
menstruais? ☐ não ☐ sim

Se sim, cólicas fortes? ☐ não sim ☐

Se fortes, precisa de
repouso/remédios? ☐ não ☐ sim

Se sim, quantos
dias? _____

Já teve abortamento? Quantas
vezes? _____

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira
responsabilidade, nos termos da lei.

ASSINATURA



AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA PRÉ-ADMISSIONAL

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Data:

Idade:

Estado Civil:

Profissão/ocupação atual:

HISTÓRIA OCUPACIONAL (relacionamento no trabalho, hierarquia, situações de pressão, adaptação a mudanças)

ANAMNESE PSQUIÁTRICA

Queixas atuais (relato livre)

Questionamento direto sobre as síndromes psiquiátricas:

Antecedentes Psiquiátricos:

Medicamentos psicotrópicos:

Psicoterapias:

Internação psiquiátrica:

Outros tratamentos:

Antecedentes psiquiátricos familiares:

CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA

Tabagismo:

Alcoolismo:

Outras drogas ilícitas:

Atividade de lazer:

Atividades físicas:

Condições de moradia:

CICLO VITAL (dados positivos)



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 9ª REGIÃO – PARANÁ

DOENÇAS CLÍNICAS/TRATAMENTOS ATUAIS

EXAME PSÍQUICO (descrever dados positivos)

Apresentação:

Consciência:

Orientação:

Sensopercepção:

Atenção:

Memória:

Inteligência:

Pensamento:

Linguagem:

Humor:

Juízo da realidade:

Crítica:

Outras observações:

Há necessidade de outras avaliações complementares?

Conclusão: () APTO () INAPTO TEMPORARIAMENTE () INAPTO PERMANENTE

Orientações:

Médico Psiquiatra/CRM