

Código Localizador: FORM/-NMCS 014

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INSTRUIR O PROCESSO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

PARA O SERVIDOR DE OUTRO TRIBUNAL QUE DESEJA TER SEU CARGO REDISTRIBUÍDO PARA ESTE TRT-MG

- 1 **Requerimento** do interessado, dirigido à Presidência do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região – Anexo I;
- 2 **Relatório médico (Anexo II) e cópia do prontuário que deverão ser enviados DIRETAMENTE para a Seção de Saúde Ocupacional**, em envelope lacrado, identificado externamente com o nome do interessado/data/assunto:
 - 2.1 “Relatório médico e cópia do prontuário médico” / Confidencial: SSO – Seção de Saúde Ocupacional – Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região - Rua dos Goitacases, 1475, 5º andar, Bairro: Barro Preto – Belo Horizonte/MG – CEP: 30190-052
 - 2.2 O envio poderá ser realizado, também, por **malote digital do Setor de Saúde do TRT de origem** para a Secretaria de Saúde do TRT-MG. As dúvidas poderão ser esclarecidas pelo telefone: (31) 3238-7884 ou pelo e-mail: exameperiodico@trt3.jus.br;
- 3 **Certidão** emitida pela Unidade competente do Tribunal de origem, contendo:
 - 3.1 Denominação do cargo efetivo, área e especialidade, se houver;
 - 3.2 Lei de criação do cargo a ser redistribuído, contendo a data e o veículo de publicação;
 - 3.3 Data de posse e exercício no órgão de origem;
 - 3.4 Data de homologação do estágio probatório;
 - 3.5 Regime previdenciário;
 - 3.6 Histórico de Progressões e Promoções;
 - 3.7 Histórico de Frequência contendo o total de dias de licenças médicas usufruídas e o total de dias de afastamentos legais;
 - 3.8 Informação de que não está respondendo sindicância ou processo administrativo, nem está cumprindo qualquer tipo de penalidade administrativa (artigo 6º, II da Res. 146 do CNJ), ficando o servidor ciente de que deverá informar ao TRT da 3ª Região qualquer alteração após a expedição do documento até a data da publicação da Portaria de redistribuição.
- 4 **Declaração** do órgão de origem em que conste data provável de implementação dos requisitos para aposentadoria na(s) regra(s) vigente (s);
- 5 **Formulário** de Registro Funcional – Anexo III;
- 6 **Curriculum Vitae** – Anexo IV;
- 7 **Requerimento** solicitando dias de trânsito para deslocamento (Art.18 – Lei 8.112/90) **OU** Declaração de que não há necessidade de trânsito – Anexo V **OU** Anexo VI;
- 8 **Declaração** de renúncia à ajuda de custo para o deslocamento – Anexo VII (**PREENCHIMENTO OPCIONAL**);
- 9 **Cópia da última Avaliação de Desempenho OU certidão** contendo o período e o percentual correspondentes à última Avaliação de Desempenho (se existir período avaliativo em aberto, o

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

servidor deverá solicitar à sua chefia a conclusão da respectiva Avaliação de Desempenho antes de solicitar/anexar a cópia).

- 10 **Caso o servidor a ser redistribuído de outro órgão já preste serviços no TRT-MG com exercício função comissionada**, a unidade deverá encaminhar, se houver interesse na permanência da gratificação, novo **Requerimento de Designação FC**, conforme formulário e orientações disponíveis na intranet em https://portal.trt3.jus.br/intranet/desenvolvimento-de-pessoas/movimentacao-de-servidores/copy_of_funcao-comissionada

10.1 O requerimento e a documentação exigida deverão ser enviados por e-PAD (deverá ser criado novo e-PAD para solicitação da designação de FC para o Núcleo de Movimentação e Comissionamento de Servidores com antecedência mínima de 30 dias da data da publicação da portaria de redistribuição, sob pena de interrupção no recebimento da gratificação;

10.2 Este procedimento se faz necessário devido à alteração da pasta funcional do servidor quando da redistribuição.

PARA O SERVIDOR DO QUADRO PESSOAL DO TRT-MG

- 1 **Requerimento** do interessado, dirigido à Presidência do Tribunal Regional do Trabalho – Anexo I;
- 2 **Exame médico** de desligamento, solicitado diretamente à SSO – Telefone: (31) 3238-7884 ou exameperiodico@trt3.jus.br;
- 3 **Certidão** emitida pela Secretaria de Pessoal deste Regional, solicitada diretamente à SEP – Telefone: (31) 3238-7840 ou sep@trt3.jus.br, contendo:
 - 3.1 Denominação do cargo efetivo, área e especialidade, se houver;
 - 3.2 Lei de criação do cargo a ser redistribuído, contendo a data e o veículo de publicação;
 - 3.3 Data de posse e exercício no órgão de origem;
 - 3.4 Data de homologação do estágio probatório;
 - 3.5 Regime previdenciário;
 - 3.6 Histórico de Progressões e Promoções;
 - 3.7 Histórico de Frequência contendo o total de dias das licenças médicas usufruídas e o total de dias de afastamentos legais;
 - 3.8 Informação de que não está respondendo sindicância ou processo administrativo, nem está cumprindo qualquer tipo de penalidade administrativa (artigo 6o, II da Res. 146 do CNJ), ficando o servidor ciente de que deverá informar ao TRT da 3ª Região qualquer alteração após a expedição do documento até a data da publicação da Portaria de redistribuição.
- 4 **Cópia da última Avaliação de Desempenho OU certidão** contendo o período e o percentual correspondentes à última Avaliação de Desempenho (Se existir período avaliativo em aberto, o servidor deverá solicitar à sua chefia a conclusão da respectiva Avaliação de Desempenho antes

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

de solicitar/anexar a cópia). Cópia ou certidão podem ser diretamente solicitadas à SEDP – Telefone: (31) 3238-7897 ou sgd@trt3.jus.br;

- 5 **Declaração** de acertos remuneratórios – Anexo VIII
- 6 **Declaração** de nada-consta da biblioteca, com data próxima à da redistribuição, a ser solicitada diretamente à Seção da Biblioteca do TRT-MG;
 - 6.1 Em caso de dúvida, entrar em contato diretamente com a Seção da Biblioteca do TRT-MG pelo telefone (31) 3228-7426 ou pelo e-mail biblioteca@trt3.jus.br;
- 7 **Declaração** de nada-consta da SESA, informando se há algum equipamento sob sua guarda pessoal, com data próxima a da redistribuição, a ser solicitada diretamente à Secretaria de Suporte e Atendimento do TRT-MG, por meio do link abaixo: <https://portalcsti.trt3.jus.br/assystnet/#serviceOfferings/1296>
 - 7.1 Em caso de dúvida, entrar em contato diretamente com a Seção de Gestão de Ativos de Microinformática pelo telefone (31) 3238-7943 ou pelo e-mail: sesa@trt3.jus.br;
 - 7.2 O equipamento deverá ser entregue diretamente à SESA.

PARA O 3º SERVIDOR ENVOLVIDO (QUE NÃO TERÁ SEU CARGO REDISTRIBUÍDO PARA ESTE TRT-MG)

- 1 **Requerimento** do interessado, dirigido à Presidência do Tribunal Regional do Trabalho – Anexo I;
- 2 **Certidão** emitida pela Unidade competente do Tribunal de origem, contendo:
 - 2.1 Denominação do cargo efetivo, área e especialidade, se houver;
 - 2.2 Lei de criação do cargo a ser redistribuído, contendo a data e o veículo de publicação;
 - 2.3 Data de posse e exercício no órgão de origem;
 - 2.4 Data de homologação do estágio probatório;
 - 2.5 Informação de que não está respondendo sindicância ou processo administrativo, nem está cumprindo qualquer tipo de penalidade administrativa (artigo 6º, II, da Res. 146 do CNJ), ficando o servidor ciente de que deverá informar ao TRT da 3ª Região qualquer alteração após a expedição do documento até a data da publicação da Portaria de redistribuição.

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

ANEXO I

Exmo.(a) Sr.(a) Desembargador(a) Presidente do TRT-MG,

Eu, _____, Pasta

Funcional nº _____, venho, perante Vossa Excelência, requerer **REDISTRIBUIÇÃO POR RECIPROCIDADE DO CARGO QUE OCUPO**, nos termos da Resolução CNJ n.146/2012, com cargo ocupado pelo servidor

NOME DO(A) SERVIDOR(A) OCUPANTE DO CARGO DESTE TRT-MG A SER REDISTRIBUÍDO PARA OUTRO TRT:

CARREIRA: Analista Judiciário Técnico Judiciário Auxiliar Judiciário

ÁREA: Judiciária Administrativa Apoio Especializado

TELEFONE: ()

UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL:

CELULAR: ()

EXERCE TELETRABALHO NA UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL ? SIM NÃO

ÓRGÃO DE DESTINO:

ESPECIALIDADE (se houver):

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA:

E-MAIL:

DECLARO que li todas as informações referentes ao processo de redistribuições constantes das Orientações aos servidores sobre o processo de redistribuição, disponível no site do TRT-MG <https://portal.trt3.jus.br/intranet/desenvolvimento-de-pessoas/downloads/nucleo-de-movimentacao-e-comissionamento-de-servidores/dwnld-redistribuicao/orientacoes-aos-servidores-redistribuicao.pdf> e que assumo inteira responsabilidade pela entrega dos documentos necessários ao completo registro do meu cadastro funcional.

Data: / /

Assinatura:

NOME DO(A) SERVIDOR(A) QUE DESEJA TER SEU CARGO REDISTRIBUÍDO PARA ESTE TRT-MG:

TELEFONE: ()

ESPECIALIDADE (se houver):

CELULAR: ()

CARREIRA: Analista Judiciário Técnico Judiciário Auxiliar Judiciário

ÁREA: Judiciária Administrativa Apoio Especializado



TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 3ª REGIÃO
Secretaria de Desenvolvimento de Pessoas
Núcleo de Movimentação e Comissionamento de Servidores

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

ÓRGÃO DE ORIGEM:

UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL:

EXERCE TELETRABALHO NA UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL? SIM NÃO

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA:

E-MAIL:

DECLARO estar ciente de que minha lotação neste TRT-MG ficará a critério da Administração, de acordo com a conveniência e oportunidade. DECLARO que li todas as informações referentes ao processo de redistribuição, constantes das Orientações aos servidores sobre o processo de redistribuição, disponível no site do TRT-MG <https://portal.trt3.jus.br/intranet/desenvolvimento-de-pessoas/downloads/nucleo-de-movimentacao-e-comissionamento-de-servidores/dwnld-redistribuicao/orientacoes-aos-servidores-redistribuicao.pdf> e que assumo inteira responsabilidade pela entrega dos documentos necessários ao completo registro do meu cadastro funcional.

Data: / /

Assinatura:

NOME DO(A) 3º SERVIDOR(A), OCUPANTE DO CARGO QUE NÃO SERÁ REDISTRIBUÍDO PARA ESTE TRT-MG:

ÓRGÃO DE ORIGEM:

ÓRGÃO DE DESTINO:

CARREIRA:

Analista Judiciário

Técnico Judiciário

Auxiliar Judiciário

ÁREA:

Judiciária

Administrativa

Apoio Especializado

UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL:

ESPECIALIDADE (se houver):

TELEFONE: ()

CELULAR: ()

E-MAIL:

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA:

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

ANEXO II

RELATÓRIO MÉDICO

Relatório médico da área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da ^a Região à área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da ^a Região.

DADOS PESSOAIS

Nome:

Pasta Funcional:

Data de Admissão: / /

Cargo:

Órgão de origem:

INFORMAÇÕES BÁSICAS

Afastamentos por motivo de saúde nos últimos 5 anos? SIM NÃO

Em caso positivo, detalhar por ano:

Licença:

Ano: / /

Dias de Afastamento:

Licença:

Ano: / /

Dias de Afastamento: / /

Licença:

Ano:

Dias de Afastamento:

Pessoa com deficiência (PcD)? SIM NÃO Não informado

Presença de restrição laboral? SIM NÃO

Em caso positivo, informar sobre a doença motivadora da modificação de atividades laborais:

HISTÓRICO DE SAÚDE

Tipo	Sim	Não	Não dispomos da informação
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatopatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefropatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

Doenças psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças osteo musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restrições laborais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros:

Detalhar histórico de saúde, quando positivo:

HISTÓRICO MÉDICO OCUPACIONAL

Foi realizado o exame periódico? SIM NÃO Data da realização: / /

Conclusão do exame periódico:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Data: / /

Assinatura do médico:

TERMO DE COMPROMISSO

Autorizo o envio deste formulário, contendo informações médicas, bem como uma cópia, na íntegra, de meu prontuário à área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da ^a Região.

Data: / /

Assinatura:

As informações contidas neste formulário deverão ser encaminhadas exclusivamente à área de saúde de outro Tribunal, em envelope lacrado, com o indicativo de sigilo/confidencial.

Código Localizador: FORM/-NMCS 014

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

ANEXO III

FORMULÁRIO PARA REGISTRO FUNCIONAL

DADOS PESSOAIS

Nome:

Nome Social:

Data de nascimento: / /

Grupo Sanguíneo:

Fator RH:

Estado civil:

Naturalidade:

Nacionalidade: Brasileiro Nato Brasileiro Naturalizado – Data de chegada no Brasil: / /

Filiação: Pai:

Mãe:

RG:

Órgão Emissor:

Data de emissão: / /

Título de eleitor:

Zona:

Seção:

Município/UF:

CPF:

PIS/ PASEP:

Certificado do serviço militar:

Data de expedição: / /

Órgão Expedidor/UF:

Categoria:

Região Militar:

DADOS RESIDENCIAIS

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Município/ UF:

Telefone:

Celular:

E-mail:

DADOS BANCÁRIOS

Banco: -

Tipo de conta: Conta-Corrente Poupança

Agência:

Nº conta:

Nº conta salário*:

* Caso o servidor tenha conta corrente na Caixa Econômica Federal, É OBRIGATÓRIO informar a conta salário vinculada.

GRAU DE INSTRUÇÃO

Ensino Médio

3º Grau

Especialização

Mestrado

Doutorado

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

DADOS DO INGRESSO NO ÓRGÃO DE ORIGEM

Órgão:	Matrícula:
Cargo:	Data de ingresso no órgão: / /
Lei de criação da vaga:	
Data de publicação da lei: / /	Veículo de publicação:

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade por elas. *Declaro, ainda, estar ciente de que deverei manter meus dados cadastrais atualizados.*

Data: / /	Assinatura:
-------------------	-------------

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1 Somente são aceitas as Contas Bancárias vinculadas aos seguintes Bancos conveniados:

- 1.1 **BANCO DO BRASIL:** preferencialmente, informar a conta salário. Não sendo possível, informar a conta corrente. **NÃO É POSSÍVEL** informar a conta poupança;
- 1.2 **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL:** Caso o servidor tenha conta corrente na Caixa Econômica Federal, **É OBRIGATÓRIO** informar a **conta salário** vinculada.
- 1.3 **BANCO SANTANDER:** preferencialmente, informar a conta salário. Não sendo possível, informar a conta corrente;
- 1.4 **Banco 756 (SICOOB COOPJUS):** somente poderão ser cadastradas se pertencerem à agência 4090-0. Para outras agências do Banco SICOOB, será necessário abrir uma conta salário na agência 4090-0 e solicitar a portabilidade de crédito de vencimentos para a agência e conta (nesse caso, informar a conta salário);
- 1.5 A não observância dos procedimentos descritos, poderá acarretar atraso no pagamento do salário.

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

ANEXO IV

CURRICULUM VITAE

DADOS PESSOAIS

Nome:

Nome Social:

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO

Instituição:

Ano de início:

Ano de término:

Curso profissionalizante:

Instituição:

Data de início: / /

Data de término: / /

GRADUAÇÃO

Graduação:

Instituição:

Data de início: / /

Data de término: / /

PÓS-GRADUAÇÃO

Curso (especialização/mestrado/doutorado/pós-doutorado):

Carga horária:

Instituição:

Data de início: / /

Data de término: / /

OUTROS CURSOS

Curso:

Conclusão: / /

Instituição:

Carga Horária:

Curso:

Conclusão: / /

Instituição:

Carga Horária:

Curso:

Conclusão: / /

Instituição:

Carga Horária:

Curso:

Conclusão: / /

Instituição:

Carga Horária:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa/Órgão público:

Localidade:

Período: / / a / /

Síntese das atividades desenvolvidas:

Instituição/Empresa/Órgão público:

Localidade:

Período: / / a / /

Síntese das atividades desenvolvidas:

Instituição/Empresa/Órgão público:

Localidade:

Período: / / a / /

Síntese das atividades desenvolvidas:

Outros:

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Síntese das aptidões, interesses, expectativas etc.:

TERMO DE COMPROMISSO

DECLARO que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade por elas.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

ANEXO V

REQUERIMENTO DE DIAS DE TRÂNSITO PARA DESLOCAMENTO (ART.18, LEI 8.112/90)

Senhor(a) Secretário(a) de Desenvolvimento de Pessoas,

Eu, _____, servidor(a) do
TRT _____ª Região, matrícula nº. _____, na hipótese do deferimento de minha redistribuição para o
TRT-MG, venho requerer a V. Sa., para fins de mudança advinda da redistribuição, _____ dias de
trânsito para efetivação de mudança e deslocamento.

Nestes termos, firmo a presente declaração.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 014**

Versão: 3.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE RENÚNCIA AOS DIAS DE TRÂNSITO PARA DESLOCAMENTO

Senhor(a) Secretário(a) de Desenvolvimento de Pessoas,

Eu,

servidor(a) do TRT da ^a Região, na hipótese do deferimento de sua redistribuição para o TRT-MG, renuncio de forma expressa, irrevogável e irretroatável aos dias de trânsito para deslocamento, com base no §2º do art. 18, Lei 8.112/90.º

Nestes termos, firmo a presente declaração.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 006**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE RENÚNCIA À AJUDA DE CUSTO

Senhor (a) Secretário (a) de Desenvolvimento de Pessoas,

Eu,

servidor (a) do TRT da ª Região, na hipótese do deferimento de minha redistribuição para o TRT-MG, RENUNCIO, de forma expressa e irrevogável, à percepção de ajuda de custo para ressarcimento de despesas relativas à mudança de domicílio, com base no art. 8º da Resolução 146 do CNJ.

Nestes termos, firmo a presente declaração.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: FORM/-NMCS 006

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE ACERTOS REMUNERATÓRIOS

Senhor(a) Secretário(a) de Desenvolvimento de Pessoas,

Eu,

pasta funcional n°. , **DECLARO**, estar ciente de que meu requerimento de redistribuição poderá gerar débitos decorrentes de acertos remuneratórios junto ao TRT-MG.

Desta forma, ciente de que o acerto remuneratório é necessário para a efetivação da referida redistribuição, opto pela seguinte modalidade de quitação de possível débito apurado:

- Imediato pagamento via GRU (a ser emitida pela Secretaria de Pagamento de Pessoal);
- Desconto em folha de pagamento da fonte pagadora, nos termos do art. 46, da Lei 8112/90.

Nestes termos, firmo a presente declaração.

Data: / /

Assinatura: