

Código Localizador: **FORM/-NMCS 005**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA INSTRUIR O PROCESSO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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 – 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 ingresso 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 número total de dias das licenças médicas usufruídas e do total de dias dos afastamentos legais;
 - 3.8 Informação de que não está respondendo sindicância ou processo administrativo, nem estar 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);

Código Localizador: **FORM/-NMCS 005**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

- 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 Avaliação de desempenho e percentual obtido na última avaliação;
- 9 **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.
 - 9.1 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.
 - 9.2 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 ingresso 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;

Código Localizador: **FORM/-NMCS 005**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

- 3.7 Histórico de Frequência contendo o número total de dias das licenças médicas usufruídas e do total de dias dos afastamentos legais;
- 3.8 Informação de que não está respondendo sindicância ou processo administrativo, nem estar 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 **avaliação de desempenho** do ano anterior ao pedido de redistribuição, solicitada diretamente à SEDP – Telefone: (31) 3238-7897 ou sgd@trt3.jus.br;
- 5 **Declaração** de acertos remuneratórios – Anexo VII
- 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.

Código Localizador: **FORM/-NMCS 005**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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 OCUPA**, nos termos da Resolução CNJ n.146/2012, com o cargo ocupado pelo servidor _____.

NOME DO(A) SERVIDOR(A) OCUPANTE DO CARGO A SER REDISTRIBUÍDO

CARREIRA

Analista Judiciário Técnico Judiciário Auxiliar Judiciário

ÁREA

Judiciária Administrativa Apoio Especializado

ESPECIALIDADE (se houver)

ÓRGÃO DE DESTINO

UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL

TELETRABALHO? Sim Não

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

EMAIL:

CELULAR

DECLARO que li todas as informações referentes ao processo de redistribuição, constantes nas [Orientações aos servidores sobre o processo de redistribuição](#), disponível no site do TRT-MG ([clique aqui](#)), 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

ÓRGÃO DE ORIGEM:

ÓRGÃO DE DESTINO

CARREIRA

Analista Judiciário Técnico Judiciário Auxiliar Judiciário

ÁREA

Judiciária Administrativa Apoio Especializado

ESPECIALIDADE (se houver)

UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL:

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

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 nas [Orientações aos servidores sobre o processo de redistribuição](#), disponível no site do TRT-MG ([clique aqui](#)), e que assumo inteira responsabilidade pela entrega dos documentos necessários ao completo registro do meu cadastro funcional.

Data: ____/____/____

Assinatura:

Código Localizador: FORM/-NMCS 005

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

ANEXO II

RELATÓRIO MÉDICO

Relatório médico da área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da _____ Região à área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da _____ 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:

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			
Doenças crônicas			
Diabetes			
Hipertensão Arterial			
Hepatopatias			
Nefropatias			
Doenças infecciosas			
Neoplasia			
Doenças neurológicas			

Código Localizador: **FORM/-NMCS 005**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

Doenças psiquiátricas			
Doenças osteomusculares			
Pessoa com deficiência			
Restrições laborais			

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 e carimbo 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 __ 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 005

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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:

Número da conta:

GRAU DE INSTRUÇÃO

() Ensino Médio () 3º Grau () Especialização () Mestrado () Doutorado

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 pelas mesmas.
Declaro, ainda, estar ciente de que deverei manter meus dados cadastrais atualizados.

Data: ____/____/____

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 005**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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:

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa/Órgão público:

Localidade:

Período: __/__/__ a __/__/__

Síntese das atividades desenvolvidas:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 005**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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 pelas mesmas.

Data: ____/____/____

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 005**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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 n°. _____, 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 005**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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 art. 18, Lei 8.112/90.

Nestes termos, firmo a presente declaração.

Data: ____/____/____

Assinatura:

Código Localizador: FORM/-NMCS 005

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

ANEXO VII

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: