

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

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 – 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);
- 5 **Formulário** de Registro Funcional – Anexo III;

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

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

- 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 006**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

- 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.

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 ingresso 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 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.

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

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 OCUPA**, nos termos da Resolução CNJ n.146/2012, com 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 006**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

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

ESPECIALIDADE (se houver):

UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL:

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA:

EMAIL

CELULAR

Data: ____/____/____

Assinatura:

Código Localizador: FORM/-NMCS 006

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

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 006**

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

| | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| 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 006

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:

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 006**

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:

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição/Empresa/Órgão público:

Localidade:

Período: ___/___/___ a ___/___/___

Síntese das atividades desenvolvidas:

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

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

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 006**

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 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 006**

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 art. 18, Lei 8.112/90.

Nestes termos, firmo a presente declaração.

Data: ____/____/____

Assinatura:

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

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO

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: