

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

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 TRT-MG – Anexo I;
2. **Relatório médico** (Anexo II) e cópia do prontuário que deverão ser enviados **DIRETAMENTE** para a Seção de Saúde Ocupacional, por malote digital do Setor de Saúde do TRT de origem para a Secretaria de Saúde do TRT-MG ou para o e-mail: exameperiodico@trt3.jus.br
 - 2.1. As dúvidas poderão ser esclarecidas pelo telefone: (31) 3238-7884;
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 (inclusive FUNPRESP);
 - 3.6. Histórico de Progressões e Promoções;
 - 3.7. Histórico de Frequência, contendo também 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-MG qualquer alteração ocorrida 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 nas regras vigentes;
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 servidor deverá solicitar a conclusão da respectiva Avaliação de Desempenho antes de enviar a cópia).
10. **Caso o servidor a ser redistribuído de outro órgão já preste serviços no TRT-MG com exercício de 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.

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

- 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.
- 11. ATENÇÃO:** A documentação constante do rol de documentos complementares para os servidores que solicitam redistribuição para o TRT-MG ([CLIQUE AQUI](#)) deverá ser entregue **DIRETAMENTE EM CADA UNIDADE COMPETENTE ATÉ A DATA DA PUBLICAÇÃO DA PORTARIA DE REDISTRIBUIÇÃO**, a fim de garantir a **INCLUSÃO NA FOLHA DE PAGAMENTO**. (Dúvidas a respeito poderão ser sanadas diretamente com cada unidade competente).

PARA O SERVIDOR DO QUADRO PESSOAL DO TRT-MG

- 1. Requerimento** do interessado, dirigido à Presidência do TRT-MG – Anexo I;
- 2. Exame médico** de desligamento, solicitado diretamente à SSO – Telefone: (31) 3238-7884 ou exameperiodico@trt3.jus.br;
 - 2.1.** O servidor que precisar apresentar o relatório do Anexo II ao Órgão para o qual será redistribuído, deverá solicitar diretamente no SIGS por meio do link:
https://portal.trt3.jus.br/intranet/saude/saude-exame-periodico-de-saude/_download/exame-medico-periodico/passo-a-passo-para-requerimento-de-relatorio.pdf
- 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 (inclusive FUNPRESP);
 - 3.6.** Histórico de Progressões e Promoções;
 - 3.7.** Histórico de Frequência, contendo também 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-MG qualquer alteração ocorrida 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 (Se existir período avaliativo em aberto, favor solicitar a conclusão da respectiva

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

Avaliação de Desempenho à chefia antes de enviar a cópia). Cópia ou certidão podem ser diretamente solicitadas à SEDP – Telefone: (31) 3228-7055 ou sgd@trt3.jus.br;

5. **Declaração** de acertos remuneratórios – Anexo VII
6. **Declaração** de nada-consta da biblioteca, com data próxima a 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 nos seguintes endereços:
 - 7.2.1. Avenida Getúlio Vargas, N. 265, 4º andar – Funcionários, Belo Horizonte - CEP: 30112-900;
 - 7.2.2. Avenida Do Contorno, N. 4631, 12º andar – Serra, Belo Horizonte - CEP: 30110-027.

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

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

Nome do(a) servidor(a) do TRT-MG ocupante do cargo a ser redistribuído:

Nome social *:

**Nos termos da resolução do CNJ nº 270/2018*

CARREIRA:	<input type="checkbox"/> Analista Judiciário	<input type="checkbox"/> Técnico Judiciário	<input type="checkbox"/> Auxiliar Judiciário
ÁREA:	<input type="checkbox"/> Judiciária	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Apoio Especializado

ESPECIALIDADE (se houver):

TELEFONE: ()

CELULAR: ()

E-MAIL:

UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL:

ÓRGÃO DE DESTINO:

EXERCE TELETRABALHO FORMALIZADO NA UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL? SIM NÃO

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA:

DECLARO que li todas as informações referentes ao processo de redistribuições constantes das [Orientações aos servidores](#) sobre o processo de redistribuição, e que assumo inteira responsabilidade pela entrega dos documentos necessários ao completo registro do meu cadastro funcional.

AUTORIZO a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

Nome do(a) servidor(a) que deseja ter seu cargo redistribuído para este TRT-MG:

Nome social*:

**Nos termos da resolução do CNJ nº 270/2018*

CARREIRA:

Analista Judiciário

Técnico Judiciário

Auxiliar Judiciário

ÁREA:

Judiciária

Administrativa

Apoio Especializado

ÓRGÃO DE ORIGEM:

UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL:

EXERCE TELETRABALHO FORMALIZADO NA UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL? SIM NÃO

ESPECIALIDADE (se houver):

ÓRGÃO DE DESTINO:

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA:

TELEFONE: ()

CELULAR:()

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, e que assumo inteira responsabilidade pela entrega dos documentos necessários ao completo registro do meu cadastro funcional.

AUTORIZO a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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"/>
Doenças psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças osteomusculares	<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:

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.

AUTORIZO a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

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 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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

GRAU DE INSTRUÇÃO

Grau de Instrução:

PCD – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

PESSOA COM DEFICIÊNCIA?

Sim – Qual?

Não

É readaptado? (servidor público/militar)

Sim

Não

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.

AUTORIZO a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Data: / /

Assinatura:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- ✓ **BANCO DO BRASIL:** Preferencialmente, informar a conta-salário. Não sendo possível, informar a conta-corrente. **NÃO É POSSÍVEL** informar a conta poupança;
- ✓ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL:** Caso o servidor tenha conta-corrente na Caixa Econômica Federal, **É OBRIGATÓRIO** informar a **conta-salário** vinculada.
- ✓ **BANCO SANTANDER:** preferencialmente, informar a conta-salário. Não sendo possível, informar a conta-corrente;
- ✓ **Banco 756 (SICOOPCOOPJUS):** Somente poderão ser cadastradas contas pertencentes à Agência 4090-0. Para outras agências do Banco SICOOPCOOPJUS, será necessário abrir uma conta-salário na Agência 4090-0 e solicitar a portabilidade de crédito de vencimentos para agência e conta (nesse caso, informar a conta-salário);

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

- ✓ A não observância dos procedimentos descritos, poderá acarretar atraso no pagamento do salário.

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

ANEXO IV

CURRICULUM VITAE

DADOS PESSOAIS

Nome:

Nome Social:

**Nos termos da resolução do CNJ n° 270/2018*

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: / /

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

Instituição:

Carga Horária:

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 inteira responsabilidade por seu conteúdo.

AUTORIZO a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

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.

AUTORIZO a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

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 ª Região, na hipótese do deferimento de minha redistribuição para o TRT-MG, **RENUNCIO** de forma expressa e irrevogável aos dias de trânsito para deslocamento, com base no § 2º do artigo 18 da Lei 8.112/90.

Nestes termos, firmo a presente declaração.

AUTORIZO a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

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.

AUTORIZO a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Data: / /

Assinatura:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 016**

Versão: 6.0

REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO ENTRE CARGOS PROVIDOS

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE ACERTOS REMUNERATÓRIOS

Nome:

Nome social*:

**Nos termos da resolução do CNJ n° 270/2018*

CPF:

RG:

CELULAR: ()

E-MAIL:

DECLARO, estar ciente de que meu requerimento de redistribuição poderá gerar débitos decorrentes de acertos remuneratórios junto ao TRT-MG:

Desconto em folha de pagamento da fonte pagadora, nos termos do art. 46, da Lei nº 8.112/1990;

Imediato pagamento via GRU (pagamento único);

Em caso de pagamento via GRU, preencher os campos abaixo:

ENDEREÇO ATUALIZADO PARA CONTATO

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Município:

UF:

AUTORIZO a utilização dos meus dados pessoais para a finalidade específica desta declaração, conforme previsto na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

Data:

/ /

Assinatura: