

Código Localizador: **FORM/-NMCS 019**

Versão: 6.0

**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 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](mailto: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 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 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](https://portal.trt3.jus.br/intranet/desenvolvimento-de-pessoas/movimentacao-de-servidores/copy_of_funcao-comissionada)

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

**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 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](mailto: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>  
**Certidão** emitida pela Secretaria de Pessoal deste Regional, solicitada diretamente à SEP – Telefone: (31) 3238-7840 ou [sep@trt3.jus.br](mailto:sep@trt3.jus.br), contendo:
    - 2.2** Denominação do cargo efetivo, área e especialidade, se houver;
    - 2.3** Lei de criação do cargo a ser redistribuído, contendo a data e o veículo de publicação;
    - 2.4** Data de posse e exercício no órgão de origem;
    - 2.5** Data de homologação do estágio probatório;
    - 2.6** Regime previdenciário (inclusive FUNPRESP);
    - 2.7** Histórico de Progressões e Promoções;
    - 2.8** Histórico de Frequência contendo também o total de dias das licenças médicas usufruídas e o total de dias de afastamentos legais;
    - 2.9** 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 ocorrida após a expedição do documento até a data da publicação da portaria de redistribuição.
- 3 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 de solicitar/anexar a cópia). Cópia ou certidão podem ser diretamente solicitadas à SEDP – Telefone: (31) 3228-7055 ou [sgd@trt3.jus.br](mailto:sgd@trt3.jus.br);

Código Localizador: **FORM/-NMCS 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

- 4 Declaração** de acertos remuneratórios – Anexo VIII
- 5 Declaração** de nada-consta da biblioteca, com data próxima a da redistribuição, a ser solicitada diretamente à Seção da Biblioteca do TRT-MG;
  - 5.1** 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](mailto:biblioteca@trt3.jus.br);
- 6 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>
  - 6.1** 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](mailto:sesa@trt3.jus.br);
  - 6.2** O equipamento deverá ser entregue diretamente à SESA nos seguintes endereços:
    - 6.2.1** Avenida Getúlio Vargas, N. 265, 4º andar – Funcionários, Belo Horizonte | CEP: 30112-900;
    - 6.2.2** Avenida do Contorno, N. 4631, 12º andar – Serra, Belo Horizonte | CEP: 30110-027.

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

- 1 Requerimento** do interessado, dirigido à Presidência do TRT-MG – 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-MG qualquer alteração ocorrida após a expedição do documento até a data da publicação da Portaria de redistribuição.

Código Localizador: **FORM/-NMCS 019**

Versão: 6.0

**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) do TRT-MG ocupante do cargo a ser redistribuído:**

**Nome social\*:**

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

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

<b>ESPECIALIDADE (se houver):</b>	<b>TELEFONE:</b> (     )
	<b>CELULAR:</b> (     )

**E-MAIL:**

<b>UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL:</b>	<b>ÓRGÃO DE DESTINO:</b>
----------------------------------	--------------------------

**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 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

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 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

Nome do(a) 3º servidor(a), ocupante do cargo que não será 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

**ESPECIALIDADE (se houver):**

**TELEFONE:** (     )

**CELULAR:** (     )

**E-MAIL:**

**UNIDADE DE LOTAÇÃO ATUAL:**

**ÓRGÃO DE DESTINO:**

**CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA:**

**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 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

**ANEXO II**

**RELATÓRIO MÉDICO**

Relatório médico da área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região à área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região.

**DADOS PESSOAIS**

Nome:

Nome Social:

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

CPF:

Data de Nascimento: / /

Telefone: ( )

E-mail:

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"/>

Código Localizador: **FORM/-NMCS 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

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 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

**ANEXO III**

**FORMULÁRIO PARA REGISTRO FUNCIONAL**

**DADOS PESSOAIS**

Nome:

Nome Social\*:

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

Data de nascimento:        /        /

Grupo Sanguíneo:

Fator RH:

Sexo:

Raça e Cor:

Estado Civil:

Naturalidade:

País de nascimento:

Nacionalidade:

Se brasileiro naturalizado, informar 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\*:

Código Localizador: **FORM/-NMCS 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

\* 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 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

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

Código Localizador: **FORM/-NMCS 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

**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 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

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 019**

Versão: 6.0

**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 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 019**

Versão: 6.0

**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      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 019**

Versão: 6.0

**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.

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 019**

Versão: 6.0

**REQUERIMENTO DE REDISTRIBUIÇÃO POR TRIANGULAÇÃO**

**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO DE ACERTOS REMUNERATÓRIOS**

Nome:

Nome social\*:

*\*Nos termos da resolução do CNJ nº 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: