

ANEXO X
CAPÍTULO XIII, ART. 142, § 2º
REQUISIÇÃO DE PAGAMENTO DE HONORÁRIOS PERICIAIS

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DESEMBARGADOR (A) _____,
PRESIDENTE DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 2ª REGIÃO.

INFORMAÇÕES	
Processo TRT/SP Nº : _____	
Reclamante: _____	
Reclamada: _____	
TIPO DE PERÍCIA:	
<input type="checkbox"/> Insalubridade <input type="checkbox"/> Periculosidade <input type="checkbox"/> Contábil	
<input type="checkbox"/> Grafotécnica <input type="checkbox"/> Intérprete (libras, línguas)	
<input type="checkbox"/> Outras. Especifique: _____	
DEMAIS DADOS:	
Parte sucumbente no objeto da perícia:	
<input type="checkbox"/> Reclamante <input type="checkbox"/> Reclamada	
Trânsito em julgado da decisão às fls. _____	
A situação de carência da parte sucumbente que inviabilize a assunção dos ônus decorrentes da demanda judicial (Res. CSJT nº 66/2010, art. 2º, § 1º) está comprovada às fls _____ e foi-lhe concedido o benefício da Justiça Gratuita, nos termos das Leis nºs 1.060/50 e 5.584/70, às fls. _____.	
Data do arbitramento: ____/____/____	
DADOS DO PERITO/INTÉRPRETE	
Nome completo: _____	
CNPJ/CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____	
Inscrição NIT (INSS/PIS/PASEP/SUS): _____	
Inscrição Municipal (CCM): _____	
ENDEREÇO COMPLETO:	
Logradouro: _____ nº _____ Complemento: _____	
Bairro: _____ Cidade _____ UF: _____ CEP _____	
Telefones: _____ e-mail: _____	
Nível Superior?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Área de Formação: _____	
DADOS DO PAGAMENTO	
VALOR ARBITRADO: R\$ _____ (Valor por Extenso) _____	
Dados da conta-corrente do Perito/Intérprete acima nominado	
Nome da Instituição Bancária: _____ Nº do Banco: _____	
Agência (sem o DV): _____ Conta Corrente: _____	
Diretor(a) de Secretaria/Vara: _____ Matrícula: _____	
Data: ____/____/____ Assinatura _____	
(Declaro, sob pena de responsabilidade, que os dados informados neste formulário correspondem fielmente aos documentos analisados, constantes dos autos do processo referido.)	

E
S
P
A
C
O

R
E
S
E
R
V
A
D
O

P
R
O
T
O
C
O
L
O

AUTORIZAÇÃO – AUTORIDADE

Eu, _____
(Magistrado(a) da _____), solicito se digne Vossa Excelência DETERMINAR o pagamento dos honorários periciais devidos, fixados por este Juízo com a estrita observância das disposições legais vigentes, conforme elementos acima especificados, os quais declaro corretos sob pena de responsabilidade.

Data ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

ESPAÇO RESERVADO PARA DESPACHO DA PRESIDÊNCIA

ESPAÇO RESERVADO PARA A SECRETARIA DE COORDENAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

ENCERRAMENTO