

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:		
☐ Insalubridade	☐ Periculosidade	☐ Contábil
☐ Grafotécnica	☐ Intérprete (libras, línguas)	
☐ Outras. Especifique: _____		
DEMAIS DADOS:		
Parte sucumbente no objeto da perícia:		
☐ Reclamante	☐ 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?		
☐ Sim	☐ Não	Área de Formação: _____
DADOS DO PAGAMENTO		
VALOR ARBITRADO: R\$ _____ (Valor por Extenso) _____		
CNPJ/CPF: _____ Beneficiário: _____		
Nome da Instituição Bancária do Beneficiário: _____ 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
Ç
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