NOME DO ÓRGÃO/ENTIDADE

TERMO DE ELIMINAÇÃO DE DOCUMENTOS

Aos ..... dias do mês de ................... do ano de .........., o(a) (indicar o nome do órgão/entidade responsável pela eliminação), de acordo com o que consta da Listagem de Eliminação de Documentos nº (indicar o nº / ano da listagem), aprovada pelo(a) titular do(*a*) (*indicar o nome do órgão ou instituição*) e respectivo Edital de Ciência de Eliminação de Documentos nº (*indicar o nº / ano do edital*), publicado no (*indicar o nome do periódico oficial ou, na ausência dele, o do veículo de divulgação local*), de (*indicar a data de publicação do edital*), procedeu à eliminação de (*indicar a mensuração total*) dos documentos relativos a (*indicar as referências gerais dos descritores dos códigos de classificação dos documentos a serem eliminados*), do período de (*indicar as datas-limite gerais*), do(*a*) (*indicar o nome do(a) órgão/entidade produtor(a) ou acumulador(a) dos documentos que foram eliminados*).

Local e data.

Nome, assinatura e cargo do(a) responsável designado(a) para supervisionar e acompanhar a eliminação.

Nome e assinatura do(a) Presidente da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos.