**TERMO DE ELIMINAÇÃO DE DOCUMENTOS**

(NOME DO ÓRGÃO)

**TERMO DE ELIMINAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Aos (indicar o dia, mês por extenso e ano), o (a) (indicar o nome do órgão/entidade responsável pela eliminação), de acordo com o que consta na Listagem de Eliminação de Documentos (indicar o número/ano da listagem de eliminação) e respectivo Edital de Ciência de Eliminação de Documentos (indicar o no / ano do edital), publicado no Diário Oficial (indicar número do diário e data de publicação) e aprovado pela Gerência de Gestão Documental, através do (indica o documento de aprovação) conforme processo(indicar o processo, número e ano), procedeu à eliminação de (indicar a quantificação em metros lineares) de documentos integrantes do acervo do (a) (indicar o nome do órgão ou entidade produtor/acumulador), do período ( indicar as datas-limite dos documentos eliminados).

(Local e data)

**(Nome, cargo e assinatura do Presidente da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos e da Autoridade responsável pelo órgão.)**