**TERMO DE ELIMINAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Aos ***[indicar o dia e 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 do Estado ***[indicar número do diário e data de publicação]***, conforme processo ***[indicar o processo, número e ano]***, procedeu à eliminação de ***[indicar a quantificação em metros lineares]*** de documentos integrantes do acervo documental do (a) ***[indicar o nome da unidade administrativa produtora/custodiadora dos documentos]***, do período relativo a ***[indicar as datas-limite dos documentos eliminados]*.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Titular do Órgão**  **Cargo do Titular do Órgão** | **Nome do Servidor**  **Presidente da CPAD** |