

POLÍCIA CIENTÍFICA DO ESTADO DO PARÁ
TERMO DE ELIMINAÇÃO DE DOCUMENTOS

NOME DO ÓRGÃO/ENTIDADE 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.