



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE OSÓRIO

Anexo I – Plano de Classificação de Documentos e Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE OSÓRIO

Anexo II – Modelo de Listagem de Transferência de Documentos

LISTAGEM DE TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS					
ÓRGÃO/ENTIDADE: (indicar o nome do órgão/entidade, acompanhado das siglas respectivas) UNIDADE/SETOR: (indicar o nome da unidade/setor que irá transferir os documentos relacionados na listagem, acompanhado das siglas respectivas) No caso de transferência de documentos de órgãos/entidades extintos, indicar o nome do produtor(a)/acumulador(a) dos documentos.				ÓRGÃO/SETOR: (indicar as siglas) Listagem nº: (indicar nº / ano da listagem) Folha nº: (indicar nº da folha / nº total de folhas)	
CÓDIGO REFERENTE À CLASSIFICAÇÃO	DESCRIPTOR DO CÓDIGO	DATAS LIMITE	UNIDADE DE ARQUIVAMENTO		OBSERVAÇÕES E/OU JUSTIFICATIVAS
			QUANTIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	
MENSURAÇÃO TOTAL: (indicar, em metros lineares, o total dos documentos que serão transferidos)					
DATAS-LIMITE GERAIS: (indicar, em anos, o período dos documentos que serão transferidos)					
Nome, cargo, matrícula e assinatura do servidor do órgão ou entidade responsável pela transferência do acervo:					
Data da Transferência:					



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE OSÓRIO

Anexo III – Modelo de Listagem de Recolhimento de Documentos

LISTAGEM DE RECOLHIMENTO DE DOCUMENTOS					
ÓRGÃO/ENTIDADE: (indicar o nome do órgão/entidade, acompanhado das siglas respectivas)					ÓRGÃO/SETOR: (indicar as siglas)
UNIDADE/SETOR: (indicar o nome da unidade/setor que recolherá os documentos relacionados na listagem, acompanhado das siglas respectivas)					Listagem nº: (indicar nº / ano da listagem)
PROCEDÊNCIA/HISTÓRICOS: descrever o histórico da documentação					Folha nº: (indicar nº da folha / nº total de folhas)
Tipo de Arquivamento (conjunto, série, item documental...)	Código de classificação	Descritor do código	Descrição do conteúdo das unidades de arquivamento	Datas limite	Observações
MENSURAÇÃO TOTAL: (indicar, em metros lineares, o total dos documentos que serão eliminados)					
DATAS LIMITE GERAIS: (indicar, em anos, o período dos documentos que serão eliminados)					
Nome, cargo, matrícula e assinatura do servidor do órgão ou entidade responsável pelo recolhimento do acervo:					
Data do Recolhimento:					



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE OSÓRIO

Anexo IV – Modelo de Listagem de Eliminação de Documentos

LISTAGEM DE ELIMINAÇÃO DE DOCUMENTOS					
ÓRGÃO/ENTIDADE: (indicar o nome do órgão/entidade, acompanhado das siglas respectivas)				ÓRGÃO/SETOR: (indicar as siglas)	
UNIDADE/SETOR: (indicar o nome da unidade/setor que eliminará os documentos relacionados na listagem, acompanhado das siglas respectivas)				Listagem nº: (indicar nº / ano da listagem)	
No caso de eliminação de documentos de órgãos/entidades extintos, indicar o nome do produtor(a)/acumulador(a) dos documentos.				Folha nº: (indicar nº da folha / nº total de folhas)	
CÓDIGO REFERENTE À CLASSIFICAÇÃO	DESCRIPTOR DO CÓDIGO	DATAS LIMITE	UNIDADE DE ARQUIVAMENTO		OBSERVAÇÕES E/OU JUSTIFICATIVAS
			QUANTIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	
MENSURAÇÃO TOTAL: (indicar, em metros lineares, o total dos documentos que serão eliminados)					
DATAS LIMITE GERAIS: (indicar, em anos, o período dos documentos que serão eliminados)					

(O quadro abaixo somente deverá ser preenchido quando for necessário, isto é, quando os documentos a serem eliminados necessitarem de comprovação de aprovação das contas pelos Tribunais de Contas.)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE OSÓRIO

Conta(s) do(s) exercício(s) de:	Conta(s) aprovada(s) pelo Tribunal de Contas em:	Publicação no Diário Oficial (data, seção, página)

LOCAL/DATA RESPONSÁVEL PELA SELEÇÃO	LOCAL/DATA PRESIDENTE DA COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	LOCAL/DATA AUTORIDADE DO ÓRGÃO/ENTIDADE A QUEM COMPETE APROVAR
LOCAL/DATA AUTORIZO: _____ TITULAR DA INSTITUIÇÃO ARQUIVÍSTICA PÚBLICA, NA ESPECÍFICA ESFERA DE COMPETÊNCIA		



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE OSÓRIO

Anexo V - Modelo de Edital de Ciência de Eliminação de Documentos

(NOME DA UNIDADE ADMINISTRATIVA)

EDITAL DE CIÊNCIA DE ELIMINAÇÃO DE DOCUMENTOS

Nº (indicar o nº / ano do Edital)

O(A) Presidente da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, designado(a) pela Portaria nº (indicar o nº / dia, mês e ano da portaria de designação), publicada no (indicar o nome do periódico oficial ou do boletim interno do órgão/entidade), de (indicar dia, mês e ano da publicação), de acordo com a Listagem de Eliminação de Documentos nº (indicar o nº / ano da listagem), autorizada pelo(a) titular do(a) (indicar o nome da instituição arquivística pública), por intermédio do (indicar o documento que autorizou a eliminação), faz saber a quem possa interessar que a partir do (indicar o prazo para a efetivação da eliminação, escrevendo por extenso, entre parênteses, o número ordinal correspondente – 30º a 45º) dia subsequente à data de publicação deste Edital no (indicar o nome do periódico oficial ou, na ausência dele, o do veículo de divulgação local), se não houver oposição, o(a) (indicar o responsável pela eliminação) eliminará (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 a serem eliminados).

Os interessados, no prazo citado, poderão requerer às suas expensas e mediante petição dirigida à Comissão Permanente de Avaliação de Documentos do(a) (indicar o nome do(a) órgão/entidade), a retirada ou cópias de documentos, avulsos ou processos, bem como o desentranhamento ou cópias de folhas de um processo.

Local e data.

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE OSÓRIO

Anexo VI - Modelo de Termo de Eliminação de Documentos

(NOME DA UNIDADE ADMINISTRATIVA)

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 da instituição arquivística pública), por intermédio do (indicar o documento que autorizou a eliminação) 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 responsável designado para supervisionar e acompanhar a eliminação.

Nome e assinatura do Presidente da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos