



CÂMARA MUNICIPAL DE SARANDI
CNPJ 78.844.834/0001-70
Avenida Maringá, 660 – CEP 87111-000 – Sarandi – Pr.
Fone: (44)-4009-1750
E-mail: legislaivo@cms.pr.gov.br Site: www.cms.pr.gov.br

ATO DA MESA Nº 004/2024

ANEXO I

Guia nº _____

GUIA DE TRANSFERÊNCIA (GT) DE DOCUMENTOS	
UNIDADE PRODUTORA	_____
RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA DO(S) DOCUMENTO(S) (<i>servidor da unidade produtora</i>)	Nome: _____ Matricula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do responsável: _____
DOCUMENTO/ASSUNTO (<i>conforme Tabela de Temporalidade</i>)	_____ _____ _____
ARQUIVO INTERMEDIÁRIO (<i>conforme Tabela de Temporalidade</i>)	Prazo: _____
DESTINAÇÃO (<i>conforme Tabela de Temporalidade</i>)	Guarda Permanente () Eliminação ()
OBSERVAÇÕES (<i>conforme Tabela de Temporalidade</i>)	_____ _____
NÍVEL DE ACESSO	Sigiloso () Dispositivo Legal: _____ Restrito () Dispositivo Legal: _____ Público ()
DISCRIMINAÇÃO DO(S) DOCUMENTO(S)	_____ _____ _____
Preenchimento de responsabilidade do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral da Câmara	
DOCUMENTO(S) ENTREGUE(S) A:	Nome: _____ Matricula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral: _____
DATA DE TRANSFERÊNCIA:	Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____
CAIXA(S) DE ACONDICIONAMENTO:	Nºs _____
FORMATO DOS DOCUMENTOS ENTREGUES: <i>Atenção: apenas serão recebidos os documentos físicos se, concomitantemente, forem entregues os arquivos digitalizados.</i>	Digital () Físico ()



CÂMARA MUNICIPAL DE SARANDI

CNPJ 78.844.834/0001-70

Avenida Maringá, 660 – CEP 87111-000 – Sarandi – Pr.

Fone: (44)-4009-1750

E-mail: legislaivo@cms.pr.gov.br Site: www.cms.pr.gov.br

ATO DA MESA Nº 004/2024

Para recorte-----Para recorte

Guia de Transferência nº _____	Via do requisitante
Requisitante/Unidade Produtora: _____	
Data de transferência: ____/____/____.	
Data final para conferência documental: ____/____/____.	
***A data para conferência ocorrerá nos termos do Parágrafo Único, do Art. 10, do Ato da Mesa nº 4, de 2024.	
O requisitante é ciente de que a transferência definitiva dos documentos apenas ocorrerá após a conferência documental a ser realizada pelo Setor de Arquivo Geral.	
<input type="checkbox"/> Transferência definitiva <input type="checkbox"/> Devolução para correções	
_____ Assinatura do requisitante	

Para recorte-----Para recorte

Guia de Transferência nº _____	Via do Setor de Arquivo Geral
Requisitante/Unidade Produtora: _____	
Data de transferência: ____/____/____.	
Data final para conferência documental: ____/____/____.	
***A data para conferência ocorrerá nos termos do Parágrafo Único, do Art. 10, do Ato da Mesa nº 4, de 2024.	
O requisitante é ciente de que a transferência definitiva dos documentos apenas ocorrerá após a conferência documental a ser realizada pelo Setor de Arquivo Geral, devendo os documentos físico e digital estarem em congruência.	
<input type="checkbox"/> Transferência definitiva <input type="checkbox"/> Devolução para correções	
_____ Assinatura do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral	



CÂMARA MUNICIPAL DE SARANDI
CNPJ 78.844.834/0001-70
Avenida Maringá, 660 – CEP 87111-000 – Sarandi – Pr.
Fone: (44)-4009-1750
E-mail: legislaivo@cms.pr.gov.br Site: www.cms.pr.gov.br

ATO DA MESA Nº 004/2024

ANEXO II

FD nº _____

FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO (FD) DE DOCUMENTOS	
DOCUMENTO(S) DEVOLVIDO(S) A:	Unidade produtora/solicitante: _____ Responsável pela solicitação: nome _____ Matrícula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do responsável: _____
DATA DE DEVOLUÇÃO:	Dia: _____ Mês _____ Ano: _____
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO:	_____ _____ _____
GUIA DE TRANSFERÊNCIA	Nº da Guia: _____
DISCRIMINAÇÃO DO(S) DOCUMENTO(S)	_____ _____ _____
Preenchimento de responsabilidade do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral da Câmara	
DOCUMENTO(S) DEVOLVIDO(S) POR:	Nome: _____ Matrícula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral: _____
FASE ARQUIVÍSTICA: <i>Atenção: documentos permanentes, que já tenham encerrado a guarda intermediária, não podem ser devolvidos.</i>	Arquivo corrente: () Arquivo Intermediário: () Arquivo permanente ()



CÂMARA MUNICIPAL DE SARANDI
CNPJ 78.844.834/0001-70
Avenida Maringá, 660 – CEP 87111-000 – Sarandi – Pr.
Fone: (44)-4009-1750
E-mail: legislaivo@cms.pr.gov.br Site: www.cms.pr.gov.br

ATO DA MESA Nº 004/2024

ANEXO III

FC nº _____

FORMULÁRIO DE CONSULTA/EMPRÉSTIMO (FC) DE DOCUMENTOS	
REQUERENTE:	Responsável pela solicitação: nome _____ E-mail: _____ Telefone: _____ Assinatura do requerente: _____
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE CONSULTA/EMPRÉSTIMO:	_____ _____ _____
GUIA DE TRANSFERÊNCIA:	Nº da Guia: _____
DISCRIMINAÇÃO DO(S) DOCUMENTO(S) EMPRESTADO(S):	_____ _____ _____
Preenchimento de responsabilidade do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral da Câmara	
DOCUMENTO(S) ENTREGUE(S) POR:	Nome: _____ Matrícula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral: _____
PERÍODO DE EMPRÉSTIMO:	Data inicial: __/__/__. Data final: __/__/__.
Preenchimento de responsabilidade do(a) responsável pela unidade produtora	
RESPONSÁVEL PELA UNIDADE PRODUTORA:	Nome: _____ Matrícula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do responsável autorizando à consulta/empréstimo dos documentos _____



CÂMARA MUNICIPAL DE SARANDI
CNPJ 78.844.834/0001-70
Avenida Maringá, 660 – CEP 87111-000 – Sarandi – Pr.
Fone: (44)-4009-1750
E-mail: legislaivo@cms.pr.gov.br Site: www.cms.pr.gov.br

ATO DA MESA Nº 004/2024

Para recorte-----Para recorte

Empréstimo nº _____	Via do requisitante
Requisitante: _____	
Data: ___/___/___.	
Data para devolução: ___/___/___.	
O requisitante é ciente de que sua devolução após o prazo acarretará consequências legais.	
_____ Assinatura do requisitante	

Para recorte-----Para recorte

Documento(s) devolvido(s)	Data de devolução: _____
Assinatura do responsável pela devolução	Assinatura do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral

*Uma via deverá ser entregue ao solicitante.

**Uma via deverá permanecer sobre a guarda do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral.

***Uma via deverá ser entregue ao responsável pela unidade produtora para ciência.



CÂMARA MUNICIPAL DE SARANDI
CNPJ 78.844.834/0001-70
Avenida Maringá, 660 – CEP 87111-000 – Sarandi – Pr.
Fone: (44)-4009-1750
E-mail: legislaivo@cms.pr.gov.br Site: www.cms.pr.gov.br

ATO DA MESA Nº 004/2024

ANEXO IV

TA nº _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO (TA) DE ELIMINAÇÃO DE DOCUMENTOS	
DOCUMENTO(S) A SER(EM) ELIMINADO(S):	_____ _____ _____
MOTIVO DA ELIMINAÇÃO: <i>(conforme a Tabela de Temporalidade)</i>	_____ _____ _____
GUIA DE TRANSFERÊNCIA:	Nº da Guia: _____
DATA DA ELIMINAÇÃO:	Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____
Preenchimento de responsabilidade do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral da Câmara	
DOCUMENTO(S) ELIMINADO(S) POR:	Nome: _____ Matrícula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral: _____
Preenchimento de responsabilidade do(a) responsável pela unidade produtora	
RESPONSÁVEL PELA UNIDADE PRODUTORA:	Nome: _____ Matrícula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do responsável autorizando a eliminação dos documentos _____



CÂMARA MUNICIPAL DE SARANDI
CNPJ 78.844.834/0001-70
Avenida Maringá, 660 – CEP 87111-000 – Sarandi – Pr.
Fone: (44)-4009-1750
E-mail: legislaivo@cms.pr.gov.br Site: www.cms.pr.gov.br

ATO DA MESA Nº 004/2024

ANEXO V

Guia nº _____

GUIA DE RECOLHIMENTO (GR) DE DOCUMENTOS	
GUIA DE TRANSFERÊNCIA	Nº da Guia: _____
UNIDADE PRODUTORA	_____
RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA DO(S) DOCUMENTO(S) (<i>servidor da unidade produtora</i>)	Nome: _____ Matrícula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do responsável: _____
DOCUMENTO/ASSUNTO (<i>conforme Tabela de Temporalidade</i>)	_____ _____
ARQUIVO INTERMEDIÁRIO (<i>conforme Tabela de Temporalidade</i>)	Prazo: _____
ARQUIVO PERMANENTE (<i>conforme Tabela de Temporalidade</i>)	Data: ____/____/____.
DESTINAÇÃO (<i>conforme Tabela de Temporalidade</i>)	Guarda Permanente () Eliminação ()
DISCRIMINAÇÃO DO(S) DOCUMENTO(S)	_____ _____ _____
Preenchimento de responsabilidade do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral da Câmara	
DOCUMENTO(S) ENTREGUE(S) A:	Nome: _____ Matrícula nº _____ E-mail: _____ Assinatura do(a) Encarregado(a) do Arquivo Geral: _____
DATA DE RECOLHIMENTO:	Dia: _____ Mês _____ Ano: _____
CAIXA(S) DE ACONDICIONAMENTO:	Nºs _____