



REGIÃO DA BAÍA DE SÃO FRANCISCO - DISTRITO DE TRÂNSITO EXPRESSO URBANO  
FORMULÁRIO DE QUEIXA – CAPÍTULO VI

Nome do Reclamador			Telefone Residencial	
Endereço Residencial Rua		Cidade, Estado	CEP	Telefone Comercial
Raça/Grupo Étnico		Sexo	Endereço de E-mail	
A pessoa que foi discriminada (se não foi o Reclamador)				Telefone Residencial
Endereço Residencial Rua		Cidade, Estado	CEP	Telefone Comercial

1. BASE ESPECÍFICA DA DISCRIMINAÇÃO - marque os itens aplicáveis:

Raça                                       Cor                                       Nacionalidade de Origem

2. Data do(s) suposto(s) ato(s) discriminatório(s) \_\_\_\_\_

3. ACUSADO (o indivíduo contra o qual está sendo feita a queixa)

Nome	
Cargo	Local de Trabalho

4. Descreva de que maneira você foi discriminado(a). O que aconteceu e quem foi o responsável? Se necessitar de mais espaço, anexe folhas adicionais.

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Você registrou esta queixa junto a outra agência federal, estadual ou local, ou junto a um tribunal federal ou estadual?

Sim     Não

Se respondeu sim, marque cada agência junto à qual foi registrada a queixa:

Agência Federal                       Tribunal Federal                       Agência Estadual                       Tribunal Estadual  
 Agência Local                               Data do Registro da Queixa

6. Forneça informações de contato na agência ou tribunal junto ao qual a queixa foi registrada:

Nome				
Endereço Rua		Cidade, Estado	CEP	Telefone

Assine esta queixa no espaço abaixo. Anexe documentos auxiliares, se houver.

Assinatura	Data
------------	------