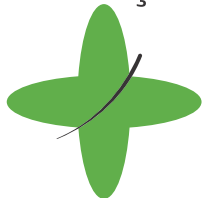


FUNDAÇÃO



HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul - CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete nº 145, DiHel - Sapucaia do Sul - RS
Cep: 93.210-020 Telefone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

CEPPIR



COMISSÃO ESPECIAL DE
POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE
IGUALDADE RACIAL

DENÚNCIA DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL

Denúncia nº: _____

_____, ____ de _____ de 20____.

Eu _____,
cargo _____, matrícula _____, unidade/setor _____,
trabalho no horário _____, chefia imediata _____,
ramal _____, nacionalidade _____, estado civil _____, maior, residente e domiciliado (a)
na Rua/Av. _____, nº _____, bairro _____,
cidade _____ inscrito (a) no CPF sob o nº _____, possuidor (a) do RG
nº _____, venho na qualidade de ofendido (a), declarar situação ocorrida na Fundação Hospitalar
Getúlio Vargas no dia ____/____/____ e horário ____:____ na unidade _____.

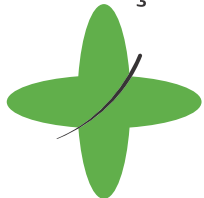
CONSIDERAÇÕES FÁTICAS

Esse é portanto, o relato dos fatos pertinentes.

Carimbo e assinatura do chefe de setor

Assinatura do ofendido

FUNDAÇÃO



HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul - CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete nº 145, Diel - Sapucaia do Sul - RS
Cep: 93.210-020 Telefone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

CEPPIR



COMISSÃO ESPECIAL DE
POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE
IGUALDADE RACIAL

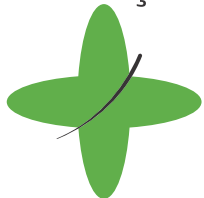
DENÚNCIA DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL

Denúncia nº: _____

Testemunha _____

matrícula _____.

FUNDAÇÃO



HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul - CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete nº 145, Dihel - Sapucaia do Sul - RS
Cep: 93.210-020 Telefone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

CEPPIR



COMISSÃO ESPECIAL DE
POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE
IGUALDADE RACIAL

DENÚNCIA DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL

Denúncia nº: _____

PARECER DA COMISSÃO

_____, ____ de _____ de 20____.

Representantes desta Comissão

Assinatura e matrícula

Assinatura e matrícula

Assinatura e matrícula