



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE  
VARGEM GRANDE DO SUL  
ESTADO DE SÃO PAULO  
PRAÇA WASHINGTON LUIZ, 643, CENTRO -  
VARGEM GRANDE DO SUL – SP.



## ANEXO V - MODELO DE REQUERIMENTO - ATENDIMENTO ESPECIAL

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2022

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE VARGEM GRANDE DO SUL - SAE - EDITAL Nº 001/2022

Nome do candidato \_\_\_\_\_

Nº da inscrição: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

Tel.: fixo: (        ) \_\_\_\_\_ Celular: (        ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Vem **REQUERER** atendimento especial no dia de realização da prova do (Concurso Público). Marcar com X ao lado do tipo de atendimento especial que necessite.

- (    ) Sala para amamentação (Candidata lactante).
- (    ) Acessibilidade no local de provas (Candidato cadeirante).
- (    ) Acessibilidade no local de provas (Candidato com dificuldade de locomoção).
- (    ) Prova com letra ampliada (Candidato com deficiência visual). Tamanho da fonte: \_\_\_\_\_
- (    ) Prova em Braille (Candidato com deficiência visual).
- (    ) Ledor (Candidato com deficiência visual).
- (    ) Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência visual).
- (    ) Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência motora que impeça o preenchimento do cartão).
- (    ) Intérprete de Libras (Candidato com deficiência auditiva).
- (    ) Tempo adicional (Candidato que apresentar parecer original emitido por especialista da área de sua deficiência, atestando a necessidade de tempo adicional, conforme Lei Federal nº 7.853/89).
- (    ) Outro (descrever abaixo).

**Atenção:** Para o atendimento das condições solicitadas, verificar a obrigatoriedade de apresentação de LAUDO MÉDICO com CID emitido há menos de um ano, acompanhado deste requerimento preenchido. No caso de



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE  
VARGEM GRANDE DO SUL  
ESTADO DE SÃO PAULO  
PRAÇA WASHINGTON LUIZ, 643, CENTRO -  
VARGEM GRANDE DO SUL – SP.



pedido de tempo adicional, é obrigatório PARECER ORIGINAL emitido por especialista da área de sua deficiência justificando sua necessidade junto a esse requerimento.

**Dados especiais para aplicação das PROVAS:**

(Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial.)

---

---

---

---

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Data)

\_\_\_\_\_

(Assinatura)