



SAAE – SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CAPIVARI – SP
Exmo° Sr. SUPERINTENDENTE

Tel: _____

UC: _____

Eu, _____
(nome por extenso)

portador(a) do CPF _____ RG _____

residente em _____
(nome do logradouro)

nº _____ ,
(número do imóvel e bairro)

em conformidade com a **PORTARIA SAAE 57/2023**, venho por meio desta solicitar desconto nas
fatura(s) de água referente(s) ao período: _____

_____, pois recebi em em meu imóvel **água com qualidade
inconforme** nesse período.

Declaro que, de acordo com a referida Portaria, abri oportunamente um chamado reportando o
problema de qualidade da água por meio do atendimento emergencial (0 800 1900 123) ou por outro
canal de atendimento oficial do SAAE Capivari.

Nestes termos, peço deferimento,

Capivari, _____
(data de assinatura)

Assinatura do requerente

(Anexar cópia de CPF e RG)

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO