



**MUNICÍPIO DE PATO BRAGADO/PR**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 002/2019**  
**REALIZAÇÃO: OBJETIVA CONCURSOS LTDA**



**EDITAL Nº 001-A/2019 - ABERTURA DAS INSCRIÇÕES**

O Município de Pato Bragado/PR, representado pelo Prefeito Municipal, o Senhor **Leomar Rohden**, TORNA PÚBLICA CORREÇÃO dos itens 2.1.1, 10.1.1.1 e ANEXO II, os quais passam a constar conforme segue:

2.1.1. Caso o candidato não possua acesso à internet, será disponibilizado computador para realização da inscrição no **Paço Municipal** (Avenida Willy Barth, nº 2885, Bairro Centro, no Município de Pato Bragado/PR), durante o período das inscrições, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, no horário das **7h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min**, EXCETO no último dia de inscrições, quando o posto funcionará somente até **11h30min**.

10.1.1.1. Caso o candidato não possua acesso à Internet, será disponibilizado computador para interposição de recursos no **Paço Municipal** (Avenida Willy Barth, nº 2885, Bairro Centro, no Município de Pato Bragado/PR), no horário das **7h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min**, durante o período mencionado no edital que abre o período de recursos de cada evento, especificamente.

**ANEXO II - REQUERIMENTO - ATENDIMENTO ESPECIAL**

<Para fins de identificação do certame, imprima este anexo na íntegra, inclusive com a parte do cabeçalho onde consta a identidade do certame>

Nome civil completo do candidato:			
Número da Inscrição:		Função:	
Documento de Identidade:			
Órgão Expedidor com UF:		Data Expedição:	
CPF:	Título de Eleitor:	Zona:	Seção:
Data de nascimento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Endereço residencial completo:		Nº:	Complemento:
Cidade:		UF:	CEP:
Telefone fixo: <input type="checkbox"/>		Telefone Celular: <input type="checkbox"/>	
E-mail:			
Filiação	Nome completo da mãe:		
	Nome completo do pai:		
Eu, _____, acima qualificado(a) <b>VENHO REQUERER</b> atendimento especial no dia de realização das provas do Processo Seletivo Simplificado, e, <b>DECLARO</b> , desde já, que preencho os requisitos necessários para deferimento da solicitação, que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros e que estou ciente de que a não apresentação de qualquer documento para comprovar a condição que garante o deferimento da solicitação, ou, ainda, que a apresentação dos documentos fora dos padrões, prazo e/ou forma solicitados, implicará indeferimento da solicitação; <b>DECLARO</b> , ainda, que estou ciente de que, constatada falsidade em qualquer momento, poderei responder por crime contra a fé pública, nos termos da lei vigente, o que também acarretará minha eliminação deste certame.			
<b>MARCAR ABAIXO UM X AO LADO DO TIPO DE ATENDIMENTO ESPECIAL QUE NECESSITA</b>			
<input type="checkbox"/> Acessibilidade no local de provas (Candidato cadeirante).		<input type="checkbox"/> Prova com letra ampliada (Candidato com deficiência visual). Tamanho da fonte: _____	
<input type="checkbox"/> Acessibilidade no local de provas (Candidato com dificuldade de locomoção).		<input type="checkbox"/> Prova em Braille (Candidato com deficiência visual).	
<input type="checkbox"/> Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência visual).		<input type="checkbox"/> Sala para amamentação (Candidata lactante).	
<input type="checkbox"/> Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência motora que impeça o preenchimento do cartão).		<input type="checkbox"/> Tempo adicional (Candidato que apresentar parecer original emitido por especialista da área de sua deficiência, atestando a necessidade de tempo adicional, conforme Lei Federal 7853/89).	
<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras (Candidato com deficiência auditiva).		<input type="checkbox"/> Outro (descrever):	
<input type="checkbox"/> Ledor (Candidato com deficiência visual).			
<b>ATENÇÃO:</b> 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, ou atestado de amamentação. No caso de pedido de tempo adicional, é obrigatório PARECER ORIGINAL emitido por especialista da área de sua deficiência justificando sua necessidade junto a esse requerimento.			
<b>Dados especiais para aplicação das PROVAS</b> (Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial):			



*Seriedade e ética:  
Nós acreditamos nesses valores.*



**MUNICÍPIO DE PATO BRAGADO/PR**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 002/2019**  
**REALIZAÇÃO: OBJETIVA CONCURSOS LTDA**



Nestes Termos,  
Espera Deferimento.

(Local)

(Data)

(Assinatura do Candidato)

**ATENÇÃO SENHOR CANDIDATO:** Favor enviar este Requerimento, juntamente com os documentos necessários, nos termos do Capítulo V deste edital.

1. As correções realizadas por este edital passam a integrar o Edital de Abertura das Inscrições, restando todas as demais disposições em contrário revogadas.

Pato Bragado/PR, 28 de novembro de 2019.

**Leomar Rohden,**  
Prefeito Municipal.

Registre-se e publique-se.



*Seriedade e ética:  
Nós acreditamos nesses valores.*