

PROCESSO SELETIVO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
GABARITO – PROVA

NOME DO CANDIDATO: _____

UNIDADE: _____

MATRICULA: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA DO CANDIDATO:

Cobrir completamente alternativa correta com caneta preta ou azul

| | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | A | B | <input type="checkbox"/> | D | E | 11 | A | B | C | <input type="checkbox"/> | E |
| 2 | <input type="checkbox"/> | B | C | D | E | 12 | A | B | <input type="checkbox"/> | D | E |
| 3 | A | B | C | <input type="checkbox"/> | E | 13 | <input type="checkbox"/> | B | C | D | E |
| 4 | <input type="checkbox"/> | B | C | D | E | 14 | A | <input type="checkbox"/> | C | D | E |
| 5 | A | B | C | D | <input type="checkbox"/> | 15 | A | B | C | <input type="checkbox"/> | E |
| 6 | A | <input type="checkbox"/> | C | D | E | | | | | | |
| 7 | A | B | C | D | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 8 | A | B | C | D | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 9 | A | B | <input type="checkbox"/> | D | E | | | | | | |
| 10 | A | B | C | D | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

ASSINATURA DO FISCAL DA PROVA:

| | QUESTÕES OBJETIVAS REGULARES | QUESTÕES OBJETIVAS BASEADOS EM ESTUDO DE CASO | TOTAL | SITUAÇÃO |
|-------|------------------------------|---|-------|----------|
| NOTAS | | | | |