



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONCEIÇÃO DO CASTELO ES

DADOS DO CANDIDATO

NOME COMPLETO:

CPF:

RG:

TELEFONE:

ASSINATURA:

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Confira se a prova que você recebeu corresponde ao cargo/nível de escolaridade ao qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão-resposta. Caso contrário, comunique imediatamente ao fiscal de sala.
2. Confira se, além deste BULVÃO, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA, destinado à marcação das respostas.
3. Só será permitido o uso de calculadora não eletrônica.
4. Fica proibido o uso de dispositivos eletrônicos (tablets, smartphones, notebooks, computadores e outros).

GABARITO:

1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E

CADERNO DE PROVA PARA CORREÇÃO