**PREFEITURA MUNICIPAL DE UBÁ**
**SECRETARIA DE SAÚDE**
**SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL**
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**
**EDITAL 02/2017**

# GABARITO – FUNÇÃO – TÉCNICO DE ENFERMAGEM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

**NOME DO CANDIDATO:** _____
**DOCUMENTO DE IDENTIDADE:** _____
**FUNÇÃO PRETENDIDA:** _____

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | ■ | |
| 2 | | | | ■ |
| 3 | | | ■ | |
| 4 | ■ | | | |
| 5 | ■ | | | |
| 6 | | ■ | | |
| 7 | | | | ■ |
| 8 | ■ | | | |
| 9 | | | | ■ |
| 10 | | | ■ | |
| 11 | | | ■ | |
| 12 | | | | ■ |
| 13 | | | ■ | |
| 14 | | | | ■ |
| 15 | | | ■ | |
| 16 | | | | ■ |
| 17 | ■ | | | |
| 18 | | | | ■ |
| 19 | | | ■ | |
| 20 | | ■ | | |
| 21 | | | ■ | |
| 22 | | | | ■ |
| 23 | | ■ | | |
| 24 | ■ | | | |
| 25 | | | ■ | |
| 26 | | | | ■ |
| 27 | | | | ■ |
| 28 | | | | ■ |
| 29 | ■ | | | |
| 30 | | | | ■ |

**FORMA CORRETA DO PREENCHIMENTO DO GABARITO:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ■ | | | | |