

**PROCESSO SELETIVO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**  
**FOLHA DE RESPOSTA – PROVA OBJETIVA**

NOME DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_

CPF : \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSINATURA DO CANDIDATO:**

\_\_\_\_\_

**DATA DA REALIZAÇÃO DA PROVA:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cobrir completamente alternativa correta com caneta preta ou azul

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