

Gabarito da Prova Prática – TEEM 2014

Nome completo: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

CASO CLÍNICO 1				
Questão	Resposta			
	A	B	C	D
1			<input type="checkbox"/>	
2			<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6			<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>			

CASO CLÍNICO2										
Questão	Resposta									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3			<input type="checkbox"/>							
4								<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>									
6		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						

CASO CLÍNICO3					
Questão	Resposta				
	A	B	C	D	E
1			<input type="checkbox"/>		
2				<input type="checkbox"/>	
3				<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/>			
5					<input type="checkbox"/>

CASO CLÍNICO4																		
Questão	Resposta																	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
2		<input type="checkbox"/>																
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>													
4			<input type="checkbox"/>															
5	<input type="checkbox"/>																	

CASO CLÍNICO5				
Questão	Resposta			
	A	B	C	D
1			<input type="checkbox"/>	
2			<input type="checkbox"/>	
3			<input type="checkbox"/>	
4			<input type="checkbox"/>	

Gabarito da Prova Prática – TEEM 2014

Nome completo: _____
 CPF: _____ Assinatura: _____

CASO CLÍNICO6				
Questão	Resposta			
	A	B	C	D
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

CASO CLÍNICO7						
Questão	Resposta					
	A	B	C	D	E	F
1				<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>					
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6				<input type="checkbox"/>		
7		<input type="checkbox"/>				
8			<input type="checkbox"/>			

CASO CLÍNICO8												
Questão	Resposta											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>										
6		<input type="checkbox"/>										
7			<input type="checkbox"/>									

CASO CLÍNICO9				
Questão	Resposta			
	A	B	C	D
1		<input type="checkbox"/>		
2				<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>			
5		<input type="checkbox"/>		
6	<input type="checkbox"/>			
7			<input type="checkbox"/>	
8				<input type="checkbox"/>

CASO CLÍNICO10				
Questão	Resposta			
	A	B	C	D
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	