

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM RETIRO**  
**Estado de Santa Catarina**  
**Gabaritos Definitivo**

|                              |                |                    |                |                    |                |                    |
|------------------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|
| <b>Prova Agente de Saúde</b> | <b>Questão</b> | <b>Alternativa</b> | <b>Questão</b> | <b>Alternativa</b> | <b>Questão</b> | <b>Alternativa</b> |
|                              | 01             | D                  | 11             | B                  | 21             | D                  |
|                              | 02             | C                  | 12             | A                  | 22             | B                  |
|                              | 03             | B                  | 13             | D                  | 23             | D                  |
|                              | 04             | A                  | 14             | A                  | 24             | D                  |
|                              | 05             | B                  | 15             | B                  | 25             | A                  |
|                              | 06             | D                  | 16             | D                  |                |                    |
|                              | 07             | A                  | 17             | B                  |                |                    |
|                              | 08             | A                  | 18             | D                  |                |                    |
|                              | 09             | C                  | 19             | D                  |                |                    |
| 10                           | C              | 20                 | A              |                    |                |                    |

|                                  |                |                    |                |                    |                |                    |
|----------------------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|
| <b>Prova Auxiliar Enfermagem</b> | <b>Questão</b> | <b>Alternativa</b> | <b>Questão</b> | <b>Alternativa</b> | <b>Questão</b> | <b>Alternativa</b> |
|                                  | 01             | D                  | 11             | D                  | 21             | B                  |
|                                  | 02             | A                  | 12             | A                  | 22             | B                  |
|                                  | 03             | D                  | 13             | B                  | 23             | D                  |
|                                  | 04             | B                  | 14             | B                  | 24             | D                  |
|                                  | 05             | A                  | 15             | D                  | 25             | A                  |
|                                  | 06             | D                  | 16             | C                  |                |                    |
|                                  | 07             | B                  | 17             | D                  |                |                    |
|                                  | 08             | A                  | 18             | C                  |                |                    |
|                                  | 09             | B                  | 19             | C                  |                |                    |
| 10                               | A              | 20                 | C              |                    |                |                    |

|                     |                |                    |                |                    |                |                    |
|---------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|
| <b>Prova Médico</b> | <b>Questão</b> | <b>Alternativa</b> | <b>Questão</b> | <b>Alternativa</b> | <b>Questão</b> | <b>Alternativa</b> |
|                     | 01             | B                  | 11             | D                  | 21             | A                  |
|                     | 02             | B                  | 12             | Anulada            | 22             | C                  |
|                     | 03             | B                  | 13             | C                  | 23             | B                  |
|                     | 04             | B                  | 14             | A                  | 24             | Anulada            |
|                     | 05             | A                  | 15             | D                  | 25             | Anulada            |
|                     | 06             | B                  | 16             | C                  |                |                    |
|                     | 07             | A                  | 17             | A                  |                |                    |
|                     | 08             | D                  | 18             | C                  |                |                    |
|                     | 09             | D                  | 19             | A                  |                |                    |
| 10                  | A              | 20                 | C              |                    |                |                    |