

Nome: _____

Data: _____

Médico Pediatra – Pronto Atendimento Infantil

Folha de Respostas

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

16	D
17	C
18	D
19	C
20	C
21	B
22	D
23	B
24	A
25	B
26	A
27	C
28	D
29	C
30	A