

Processo Seletivo de Estágio

Prefeitura Municipal de São José dos Campos

Edital: _____

Nível Superior

Nome: RG:

Endereço: Nº: Compl:

Bairro: Estado: CEP:

Telefone: Celular:

Curso: Ano/ Sem 2015:

Horário de aula: () Manhã () Tarde () Noite () Variável

Data de Nascimento:

Pessoa com deficiência: () Sim () Não Especifique:

Gabarito

Questão	A	B	C	D
1	A	B	C	D
2	A	B	C	D
3	A	B	C	D
4	A	B	C	D
5	A	B	C	D
6	A	B	C	D
7	A	B	C	D
8	A	B	C	D
9	A	B	C	D
10	A	B	C	D

Questão	A	B	C	D
11	A	B	C	D
12	A	B	C	D
13	A	B	C	D
14	A	B	C	D
15	A	B	C	D
16	A	B	C	D
17	A	B	C	D
18	A	B	C	D
19	A	B	C	D
20	A	B	C	D