



Código de evento:

09102007

QA

210000

Número de centro de exame:

Centro de exame VCA:

Local:

Data do exame:

Tipo de exame: O Escrito O Lido em voz alta

Número de candidato:

Apelido:

Nomes ou iniciais:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Fouten:

Resultado:

Atenção! Preencher apenas com lápis preto, corrigindo eventuais erros com borracha. Assinale apenas uma resposta certa! À exceção do resultado, os avaliadores não podem escrever no lado da frente desta ficha de respostas.

	A	B	C		A	B	C
1	<input type="checkbox"/>			21		<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>			22	<input type="checkbox"/>		
3			<input type="checkbox"/>	23			<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>		24		<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/>		25	<input type="checkbox"/>		
6		<input type="checkbox"/>		26		<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/>		27			<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>		
9		<input type="checkbox"/>		29			<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>			30		<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>			31		<input type="checkbox"/>	
12			<input type="checkbox"/>	32		<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>			33	<input type="checkbox"/>		
14			<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>		
15	<input type="checkbox"/>			35			<input type="checkbox"/>
16			<input type="checkbox"/>	36		<input type="checkbox"/>	
17			<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>		
18		<input type="checkbox"/>		38		<input type="checkbox"/>	
19		<input type="checkbox"/>		39			<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>			40			<input type="checkbox"/>

