

**PROVA PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA PROFISSIONAL EM
FARMÁCIA HOSPITALAR**

SBRAFH/2017

LISTA DE APROVADOS

Aline de Lima Nogare
Ana Paula Deliberal
Bruno Simas da Rocha
Camila Pereira Menezes
Cynthia Silva de Oliveira
Dayana Maria Pessoa de Sousa
Douglas Nuernberg de Matos
Euler Bentes Sales Campos
Fernando Gassmann Figueiredo
Giovanna Webster Negretto
Irina Briglia Habib de Almeida Alves
Jaqueline Medici Fujita Rodrigues
Josiane de Macedo Martins Lima
Kattia Maria Braz da Cunha
Lidia Einsfeld
Lucas Magedanz
Magnun Luan Batista
Maria do Carmo Albuquerque Felix de Souza
Roquelia Ferreira Caetano Guedes
Sâmara Cavalcanti da Costa
Sergio Matthies Junior
Thiago Martins Rodrigues
Tiago Henrique Arantes Cadete da Silva



Congresso Brasileiro 15 a 17 de
de Farmácia Hospitalar junho de 2017
Brasília - DF

Ensino de Qualidade, Pesquisa de Impacto e Assistência segura
Pilares para Prática Clínica Farmacêutica.

**PROVA PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA PROFISSIONAL EM
FARMÁCIA CLÍNICA**

SBRAFH/2017

LISTA DE APROVADOS

Aline de Lima Nogare
Charleston Ribeiro Pinto
Daniela de Faria Appoloni
Douglas Nuernberg de Matos
Euler Bentes Sales Campos
Fernando Gassmann Figueiredo
Kattia Maria Braz Da Cunha
Lidia Einsfeld
Lucas Magedanz
Luciana dos Santos
Mai tê Telles dos Santos
Maria do Carmo Albuquerque Felix de Souza
Maria Eliane Moraes Dias
Sergio Matthies Junior
Tiago Henrique Arantes Cadete da Silva
Virginia Marta Sousa Batista

GABARITO



PROVA PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA PROFISSIONAL EM FARMÁCIA CLÍNICA

SBRAFH/2017

CARTÃO RESPOSTA

01 (A) <input type="checkbox"/> (C) (D) <input type="checkbox"/>	06 (A) <input type="checkbox"/> (C) (D) <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/> (B) (C) (D) <input type="checkbox"/>	16 (A) (B) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/>	21 (A) (B) (C) <input type="checkbox"/>
02 <input type="checkbox"/> (B) (C) (D) <input type="checkbox"/>	07 (A) (B) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/>	12 (A) <input type="checkbox"/> (C) (D) <input type="checkbox"/>	17 (A) <input type="checkbox"/> (C) (D) <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/> (B) (C) (D) <input type="checkbox"/>
03 (A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	08 <input type="checkbox"/> (B) (C) (D) <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/> (B) (C) (D) <input type="checkbox"/>	18 (A) (B) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/>	23 (A) <input type="checkbox"/> (C) (D) <input type="checkbox"/>
04 (A) (B) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/>	09 (A) (B) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/>	14 (A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/> (B) (C) (D) <input type="checkbox"/>	24 (A) (B) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/>
05 (A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	10 (A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	15 (A) <input type="checkbox"/> (C) (D) <input type="checkbox"/>	20 (A) (B) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/>	25 (A) (B) (C) <input type="checkbox"/>

GABARITO FINAL



PROVA PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA PROFISSIONAL EM FARMÁCIA HOSPITALAR

SBRAFH/2017

CARTÃO RESPOSTA

01	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)	11	(A) <input type="checkbox"/> (C) (D)	21	(A) <input type="checkbox"/> (C) (D)	31	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)
02	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)	12	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)	22	(A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	32	(A) (B) (C) <input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)	13	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)	23	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)	33	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)
04	(A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)	24	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)	34	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)
05	(A) <input type="checkbox"/> (C) (D)	15	(A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	25	(A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	35	(A) (B) (C) <input type="checkbox"/>
06	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)	16	(A) <input type="checkbox"/> (C) (D)	26	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)	36	(A) <input type="checkbox"/> (C) (D)
07	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)	17	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)	27	(A) <input type="checkbox"/> (C) (D)	37	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)
08	(A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	18	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)	28	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)	38	(A) <input type="checkbox"/> (C) (D)
09	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)	19	(A) <input type="checkbox"/> (C) (D)	29	(A) <input type="checkbox"/> (C) (D)	39	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	(A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	20	(A) (B) (C) <input type="checkbox"/>	30	(A) (B) <input type="checkbox"/> (D)	40	<input type="checkbox"/> (B) (C) (D)