



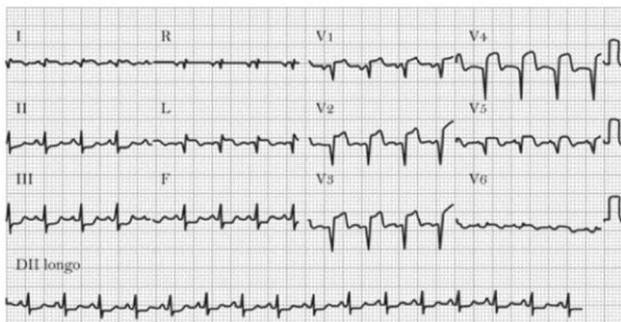
1. De acordo com a definição de insuficiência, o valor de fração de ejeção do ventrículo esquerdo que define a insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida é:
  - a) < 20%
  - b) < 40%
  - c) < 50%
  - d) < 30%
  - e) < 60%
2. Um paciente que comparece à unidade de emergência com queixa de palpitações há 3 dias, que encontra-se consciente, orientado, sem outras queixas. Ao exame físico apresenta PA: 124x68 mmHg, FC: 158 bpm e ao ECG um ritmo de fibrilação atrial. A conduta correta para este caso é:
  - a) administrar 300 mg de amiodarona em dose de ataque, seguido de 900 mg de amiodarona em dose de manutenção para tentativa de reversão da arritmia.
  - b) administrar 600 mg de propafenona para tentativa de reversão da arritmia.
  - c) realizar ecocardiograma transesofágico para avaliar a presença de trombos ou realizar anticoagulação por pelo menos 3 semanas com NOAC ou varfarina previamente à cardioversão, mantendo INR dentro da faixa terapêutica (entre 2,0 e 3,0) caso a opção seja a varfarina.
  - d) realizar cardioversão elétrica sincronizada com 200 joules.
  - e) Administrar procainamida EV em bolus para controle da frequência cardíaca.
3. Dentre as alterações abaixo a que sugere disfunção do ventrículo direito ao exame físico é:
  - a) Cianose de pele e mucosas
  - b) Exoftalmia
  - c) Sopro sistólico abdominal
  - d) Hepatomegalia
  - e) Sonolência excessiva
4. Os critérios de *Sokolow-Lyon* utilizados para diagnóstico de sobrecarga ventricular esquerda ao ECG são:
  - a) Onda S em V1 + onda R em V5 ou V6  $\geq$  35 mm.
  - b) Onda R em aVL + S em V3 > 28 mm.
  - c) Onda R em DI + onda S em DIII > 25 mm.
  - d) Onda R ou S  $\geq$  20 mm.
  - e) Aumento do PR > 200 ms.
5. Dentre as opções abaixo o critério para indicação de realização de MAPA é:
  - a) valores muito elevados de pa sistólica em medidas de consultório.
  - b) história de síncope.
  - c) avaliação de pressão arterial durante as atividades cotidianas e durante o sono.
  - d) avaliação das médias e variabilidade da pressão arterial.
  - e) suspeita de hipertensão mascarada.
6. De acordo com a Sociedade Americana de Ecocardiografia os critérios ecocardiográficos para definição da presença de cardiotoxicidade por quimioterápicos são:
  - a) presença de strain global longitudinal do VE menor que 25%.
  - b) alterações segmentares da contratilidade do ventrículo esquerdo e ventrículo direito.
  - c) redução maior que 10 pontos percentuais na fração de ejeção do ventrículo esquerdo, para um valor absoluto de FEVE < 53%.
  - d) presença de relação E/e' maior que 15 e volume indexado de átrio esquerdo maior que 34 ml/m<sup>2</sup>.
  - e) presença de relação E/A do fluxo mitral maior que 2 e velocidade de regurgitação tricúspide maior que 2,8 m/seg.
7. De acordo com a definição universal de Infarto Agudo do Miocárdio, o infarto do tipo 4 é aquele que:
  - a) ocorre por instabilidade da placa aterosclerótica.
  - b) está relacionado à angioplastia coronária.
  - c) ocorre por desbalanço entre a oferta e a demanda de oxigênio.
  - d) evolui com morte súbita.
  - e) está relacionado à cirurgia cardíaca.

- 8.** São características dos inibidores da PCSK9 no tratamento das Dislipidemias:
- a** são indicados no tratamento das dislipidemias em pacientes com alto risco cardiovascular e que não atingiram a meta terapêutica quando já em tratamento com maior dose de estatina tolerada, associada ou não ao ezetimiba.
  - b** são recomendados como medida farmacológica inicial quando triglicérides > 500 mg/dl, podendo também ser usados na dislipidemia mista com predomínio de hipertrigliceridemia.
  - c** são empregados na dose única de 10 mg ao dia, com raros efeitos colaterais, não devendo ser usados em casos de hepatopatias agudas.
  - d** apresenta como efeitos adversos: hepatite, miosite e rabdomiólise.
  - e** as diretrizes atuais recomendam seu uso apenas em associação a outras terapias para tratar hipertrigliceridemia grave.
- 9.** Dentre as medicações abaixo a que demonstra redução de mortalidade em pacientes diabéticos e não diabéticos, portadores de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida é:
- a** Empaglifozina
  - b** Metformina
  - c** Canaglifozina
  - d** Dapaglifozina
  - e** Saxagliptina
- 10.** De acordo com a diretriz de prevenção cardiovascular da SBC de 2019 o diagnóstico de Diabetes Mellitus impõe um risco de insuficiência cardíaca 2 a 5 vezes maior em comparação com indivíduos sem diabetes. O escore recomendado por essa diretriz para estratificar o risco de insuficiência cardíaca em pacientes diabéticos e a classe de recomendação usada pela diretriz para o uso desse escore são, respectivamente:
- a** ASCVD-Classe IIa
  - b** Escore de risco global de Framingham - Classe I
  - c** Framingham Heart Failure risk score - Classe IIb
  - d** Escore de Lee - Classe I
  - e** Health ABC Heart Failure Score - Classe I
- 11.** A melhor estratégia para uso de anticoagulante e antiagregante plaquetário em um paciente que é portador de fibrilação atrial, com CHA2DS2-VASc 3, submetido à intervenção coronária percutânea eletiva e que apresenta alto risco hemorrágico com baixo risco isquêmico é:
- a** dupla terapia com uso de clopidogrel + anticoagulante oral (NOAC ou varfarina), por 12 meses, seguida por uso apenas do anticoagulante.
  - b** tripla terapia com uso de AAS + clopidogrel + anticoagulante oral (NOAC ou varfarina), por 12 meses, seguida por uso apenas do anticoagulante.
  - c** dupla terapia com uso de ticagrelor + anticoagulante oral (NOAC ou varfarina) por 6 meses, seguida por uso apenas do antiagregante.
  - d** dupla terapia com uso de prasugrel + anticoagulante oral (NOAC ou varfarina) por 6 meses, seguida por uso apenas do antiagregante.
  - e** tripla terapia com uso de AAS + ticagrelor + anticoagulante oral (NOAC ou varfarina) por 12 meses, seguida por uso apenas do anticoagulante.
- 12.** Dentre os sinais abaixo o que indica gravidade da estenose aórtica ao ecocardiograma é:
- a** velocidade de pico do fluxo transvalvar  $\geq 3$  m/seg.
  - b** velocidade VSVE/Velocidade Ao  $< 0,30$ .
  - c** gradiente médio do fluxo transvalvar aórtico  $\geq 40$  mmHg.
  - d** área valvar aórtica  $\leq 1,5$  cm<sup>2</sup>.
  - e** área valvar aórtica indexada  $\leq 0,9$  cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>.
- 13.** A principal causa de insuficiência mitral primária crônica no Brasil é:
- a** Prolapso da valva mitral
  - b** Febre reumática
  - c** Endocardite infecciosa
  - d** Cardiomiopatia hipertrófica
  - e** Cardiomiopatia dilatada
- 14.** O tempo "porta-balão" adotado para um hospital que atende um paciente com síndrome coronária aguda com supra de ST e que não possui angioplastia primária disponível, sendo optado por transferência para um centro com serviço de hemodinâmica é de:
- a** 90 minutos
  - b** 100 minutos
  - c** 120 minutos
  - d** 140 minutos
  - e** 160 minutos

- 15.** Dentre as variáveis abaixo faz parte do escore de Lee para avaliação cardiológica pré-operatória em cirurgias não cardíacas é:
- a) edema agudo de pulmão na última semana.
  - b) estenose aórtica importante.
  - c) hipertensão pulmonar sintomática.
  - d) fibrilação atrial com frequência cardíaca > 120 bpm.
  - e) Diabetes Mellitus insulino dependente.
- 16.** De acordo com a diretriz brasileira de insuficiência cardíaca a estratégia adicional recomendada para um paciente que apresenta FEVE  $\leq 35\%$ , encontra-se em uso de terapia otimizada, em ritmo sinusal e com FC  $\geq 70$  bpm e a classe de recomendação dessa terapia, são respectivamente:
- a) terapia de ressincronização cardíaca, classe IIA.
  - b) associar Ivabradina ao tratamento medicamentoso, classe IIA.
  - c) associar nitrato e hidralazina ao tratamento medicamentoso, classe IIA.
  - d) associar digoxina ao tratamento medicamentoso, classe I.
  - e) indicar o cardiodesfibrilador implantável, classe IIB.
- 17.** O diagnóstico e a conduta correta para um paciente que apresenta uma taquicardia com QRS estreito, ritmo regular, FC: 260 bpm e PA: 70x40 mmHg, são respectivamente:
- a) taquicardia ventricular – amiodarona 150 mg, EV, em 10 minutos.
  - b) fibrilação atrial – anticoagulação por 4 semanas e depois cardioversão química.
  - c) taquicardia supraventricular – cardioversão elétrica sincronizada.
  - d) taquicardia ventricular – desfibrilação com 200 joules.
  - e) taquicardia sinusal – betabloqueador para controle de frequência cardíaca.
- 18.** As características da onda P que definem um ritmo cardíaco como sinusal são:
- a) positiva em D2 e aVF e negativa em aVR.
  - b) negativa em D2 e aVR e positiva em aVL.
  - c) positiva em D3 e V1 e isodifásica em V5 e V6.
  - d) positiva em aVR e negativa em D3 e aVL.
  - e) negativa em V5 e V6 e positiva em D1 e aVR.
- 19.** Dentre as condições abaixo, **NÃO** deve ser solicitado um teste ergométrico na investigação de isquemia miocárdica no caso de:
- a) avaliação de prognóstico de doença arterial coronária conhecida (capacidade funcional, sintomas).
  - b) suspeita de angina vasoespástica.
  - c) avaliação de pacientes com DAC em programas de reabilitação cardiovascular.
  - d) bloqueio de ramo esquerdo ou ritmo de marca-passo.
  - e) homens acima de 40 anos e mulheres acima de 50 anos, que irão iniciar atividade física.
- 20.** A meta de colesterol não-HDL preconizada pela diretriz de prevenção cardiovascular da sociedade brasileira de cardiologia para pacientes de risco cardiovascular muito alto, em uso de hipolipemiantes é:
- a) < 160 mg/dl
  - b) < 130 mg/dl
  - c) < 100 mg/dl
  - d) < 80 mg/dl
  - e) < 50 mg/dl
- 21.** Paciente sexo feminino, 72 anos, é trazida por seus familiares para atendimento na unidade de emergência por ter apresentado em casa quadro súbito de dor em região precordial, com irradiação para membro superior esquerdo, acompanhada de mal estar geral, sudorese fria, náuseas e vômitos. No caminho para o hospital a mesma evoluiu com perda da consciência e apneia. Ao ser admitida encontrava-se inconsciente, sem resposta aos estímulos, com ausência de movimentos respiratórios e de pulso carotídeo. Foi iniciada imediatamente a RCP com compressões torácicas e ventilação com bolsa-valva-máscara e feita monitorização do ritmo cardíaco que evidenciou uma linha reta no monitor. A conduta imediata, nesse caso, é:
- a) administrar atropina 0,5 mg, EV, em bolus.
  - b) realizar um ECG de 12 derivações.
  - c) fazer duas ventilações de resgate.
  - d) reiniciar as compressões torácicas.
  - e) checar os cabos, aumentar o ganho do aparelho e mudar a derivação do registro eletrocardiográfico.

Leia o texto abaixo para responder à Questão 22.

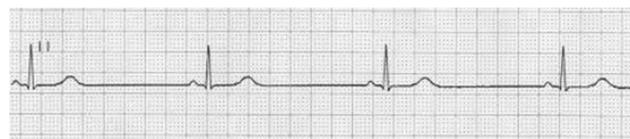
Paciente sexo masculino, 56 anos, chega ao hospital com queixa de dor retroesternal de forte intensidade, iniciada há cerca de 1 hora, com irradiação para MSE, acompanhada de sudorese, mal estar geral e náuseas. Ao exame físico não apresenta alterações na ausculta cardíaca ou pulmonar e os sinais vitais avaliados são: FC: 150 bpm, PA: 118x74 mmHg, FR: 22 irpm, SpO<sub>2</sub>: 96%. O ECG realizado com 10 minutos evidencia o seguinte resultado:



22. O hospital que possui serviço de hemodinâmica encontra-se a 140 minutos de distância. A melhor conduta nesse caso, é:
- transferir o paciente para o centro com hemodinâmica em virtude dos resultados superiores da angioplastia primária.
  - internar o paciente em unidade coronária e administrar tirofiban.
  - administrar tenecteplase na dose indicada de acordo com o peso e posteriormente transferir o paciente para realização de cinecoronariografia.
  - manter o paciente em observação na unidade de emergência, enquanto aguarda o resultado dos marcadores de dano miocárdico, para definir a melhor estratégia.
  - administrar nitroglicerina e morfina para alívio dos sintomas e realizar novo ECG após as drogas.

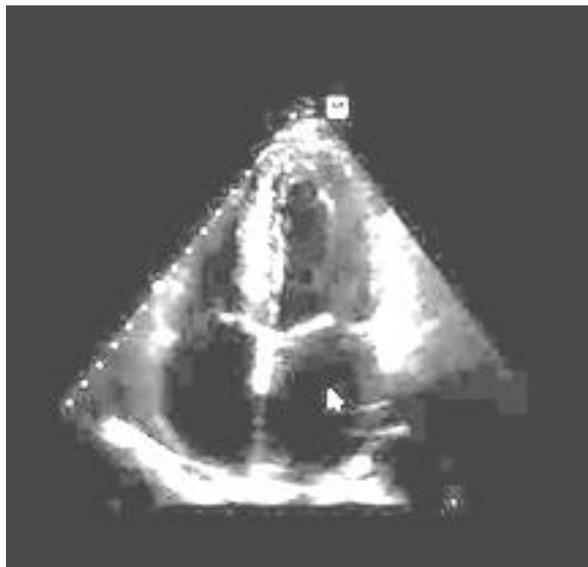
Leia o texto abaixo para responder à Questão 23.

Paciente sexo feminino, 78 anos, portador de doença arterial coronária em tratamento medicamentoso regular com AAS, sinvastatina e atenolol, é admitido na unidade de emergência com queixa de perda da consciência ocorrida há cerca de 45 minutos, com recuperação espontânea, sem sequelas motoras. Ao exame físico foi observada FC: 32 bpm; PA: 74x32 mmHg, FR: 16 irpm, SpO<sub>2</sub>: 90%. Foram realizadas as medidas de suporte e monitorização de ritmo que evidenciou o seguinte traçado:



23. O diagnóstico do ritmo e o tratamento medicamentoso inicial, nesse caso, é:
- BAVT, epinefrina 1 mg EV em bolus
  - Bradicardia juncional, atropina 3 mg, EV, em 3 minutos
  - Bradicardia sinusal, atropina 0,5 mg, EV, em bolus
  - Bradicardia sinusal, amiodarona 150 mg, EV, em bolus
  - BAV de primeiro grau, atropina, 0,5 mg, EV, em 1 minuto

Observe a imagem abaixo para responder à Questão 24.



24. Na imagem do ecocardiograma mostrada acima, o corte e as principais estruturas cardíacas visualizadas são:

- a) Apical de 4 câmaras. Átrio esquerdo, átrio direito, ventrículo esquerdo, ventrículo direito, valva mitral e valva tricúspide.
- b) Paraesternal longitudinal. Átrio esquerdo, ventrículo esquerdo, ventrículo direito e valva aórtica.
- c) Apical de três câmaras. Via de saída do ventrículo esquerdo, aorta, átrio esquerdo e ventrículo esquerdo.
- d) Subcostal. Ventrículo direito, ventrículo esquerdo, átrio direito e átrio esquerdo.
- e) Paraesternal de eixo curto. Átrio esquerdo, ventrículo esquerdo, átrio direito e via de saída do ventrículo direito.

25. Dentre os perfis clínico-hemodinâmicos abaixo o que corresponde ao perfil L na avaliação do paciente com insuficiência cardíaca descompensada é:

- a) Quente e úmido: perfusão periférica adequada, com congestão pulmonar e/ou sistêmica.
- b) Quente e seco: perfusão periférica adequada, sem congestão pulmonar e/ou sistêmica.
- c) Frio e úmido: má perfusão periférica, com congestão pulmonar e/ou sistêmica.
- d) Frio e seco: má perfusão sistêmica, sem congestão pulmonar e/ou sistêmica.
- e) Com lesão estrutural cardíaca e com sintomas atuais ou prévios de insuficiência cardíaca.

26. Em um paciente com histórico de hipertensão arterial sistêmica de longa data, tratada irregularmente, que evolui nos últimos meses com redução dos níveis pressóricos (pressão arterial normal atualmente), com falta de ar às atividades habituais e ao decúbito, além de edema de membros inferiores, é razoável supor encontrar-se:

- I. Área cardíaca aumentada ao Raio X de tórax.
- II. Fração de ejeção do ventrículo esquerdo diminuída ao ecocardiograma.
- III. Sobrecarga do ventrículo esquerdo ao eletrocardiograma.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I
- b) I e II
- c) I e III
- d) II
- e) I, II e III

27. Em um paciente com insuficiência cardíaca congestiva e fração de ejeção do ventrículo esquerdo diminuída ao ecocardiograma, a droga **CONTRAINDICADA** é:

- a) Enalapril
- b) Losartan
- c) Nifedipina
- d) Carvedilol
- e) Digoxina

28. Sobre a classificação funcional comumente usada para pacientes com insuficiência cardíaca New York Heart Association (NYHA), corresponde à classe I o paciente:

- a) assintomático
- b) com dispneia aos esforços maiores
- c) com dispneia aos esforços moderados
- d) com dispneia aos mínimos esforços
- e) com dispneia em repouso

29. Em um paciente com insuficiência cardíaca congestiva e fração de ejeção do ventrículo esquerdo diminuída ao ecocardiograma, que tem contra-indicação ao uso de inibidor da enzima conversora (IECA) e ao bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), constitui alternativa classe I:

- a) amlodipina + nitrato
- b) nitrato + hidralazina
- c) diltiazem + hidralazina
- d) sacubitril + valsartan
- e) alisquireno

30. Em um paciente com insuficiência cardíaca congestiva e fração de ejeção do ventrículo esquerdo diminuída ao ecocardiograma, que evolui com fibrilação atrial e resposta ventricular rápida, uma opção aceita para o controle da frequência cardíaca é:
- a) diltiazem
  - b) verapamil
  - c) atenolol
  - d) ivabradina
  - e) digoxina
31. Em um paciente com quadro clínico + eletrocardiográfico compatível com fase aguda de infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, que evolui com níveis pressóricos elevados, são opções para redução da pressão arterial sistêmica:
- I. nitrato endovenoso
  - II. enalapril via oral
  - III. nifedipina sublingual
- A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:
- a) I
  - b) I e II
  - c) I e III
  - d) II
  - e) I, II e III
32. Na prática clínica, as medidas fundamentais para o tratamento de um paciente com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST devem ser tomadas pelo Médico emergencista logo após:
- a) avaliação clínica + eletrocardiograma
  - b) eletrocardiograma + dosagem de troponina
  - c) eletrocardiograma + dosagem de ck-MB
  - d) eletrocardiograma e dosagens de troponina e ck-MB
  - e) decorridas as primeiras 6 horas do quadro clínico
33. Em um paciente com dor torácica e suspeita clínica de infarto do miocárdio, o biomarcador recomendado internacionalmente para definir essa suspeita diagnóstica é:
- a) creatinofosfoquinase total (ck)
  - b) fração MB da creatinofosfoquinase (ck-MB)
  - c) mioglobina
  - d) troponina
  - e) ck-MB massa
34. Em um paciente admitido com infarto agudo do miocárdio e histórico de ter usado nas últimas 24 horas Sildenafil, está formalmente **CONTRAINICADA** em seu esquema terapêutico a inclusão de:
- a) Enalapril
  - b) Atenolol
  - c) Carvedilol
  - d) Losartan
  - e) Nitroglicerina
35. A taquicardia reflexa é mais tipicamente observada com a seguinte medicação:
- a) Enalapril
  - b) Atenolol
  - c) Carvedilol
  - d) losartan
  - e) Nitroglicerina
36. Atualmente, o ponto de corte a partir do qual (maior ou igual) se considera um paciente portador de hipertensão arterial sistêmica em medidas casuais de consultório é, em mmHg (sistólica/diastólica):
- a) 140/90
  - b) 150/95
  - c) 135/85
  - d) 130/80
  - e) 125/85
37. Em um paciente hipertenso, diabético, com microalbuminúria, seu esquema terapêutico anti-hipertensivo deve incluir, entre as opções a seguir, **OBRIGATORIAMENTE**, salvo contra indicação específica:
- a) Hidralazina
  - b) Anlodipino
  - c) Hidroclorotiazida
  - d) Atenolol
  - e) Enalapril
38. Das drogas a seguir aquela que se espera um efeito neutro sobre a frequência cardíaca é:
- a) Nifedipina
  - b) Verapamil
  - c) Diltiazem
  - d) Amlodipina
  - e) Atenolol
39. **NÃO** constitui uma opção como monoterapia para hipertensão arterial sistêmica:
- a) Hidralazina
  - b) Anlodipino
  - c) Enalapril
  - d) Losartan
  - e) Clortalidona

40. Após sofrer infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, um paciente, ainda em ambiente hospitalar ainda se encontra com pressão arterial sistêmica elevada. Entre as drogas a seguir, a que está **CONTRAINDICADA** nesse caso é:

- a) Anlodipino
- b) Carvedilol
- c) Diltiazem
- d) Losartan
- e) Clortalidona

41. Em um paciente com insuficiência cardíaca e fibrilação atrial com frequência cardíaca rápida, são opções para reduzir a frequência cardíaca, **EXCETO**:

- a) Digoxina
- b) Ivabradina
- c) Carvedilol
- d) Bisoprolol
- e) Nebivolol

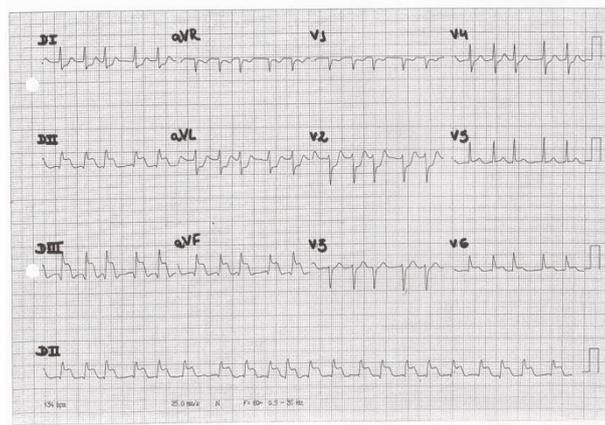
Observe o eletrocardiograma abaixo para responder à Questão 42.



42. Considerando a arritmia demonstrada no trecho do eletrocardiograma acima (reprodução de trecho de ECG de superfície com velocidade de 25mm/s), a única opção terapêutica, entre as apresentadas abaixo, da que pode se esperar a cardioversão química, é:

- a) Atenolol
- b) Diltiazem
- c) Propafenona
- d) Digoxina
- e) Verapamil

Observe o eletrocardiograma abaixo para responder à Questão 43.



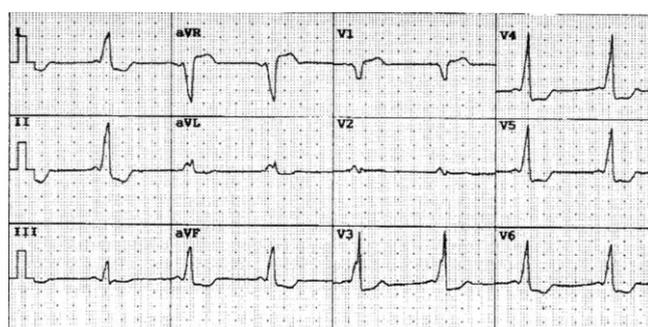
43. Baseado no eletrocardiograma (reprodução de ECG de superfície velocidade de 25mm/s) a seguir é correto dizer:

- I. O traçado é compatível com uma emergência cardiológica.
- II. O esquema terapêutico para a situação clínica compatível com esse eletrocardiograma inclui anticoagulação.
- III. O esquema terapêutico para a situação clínica compatível com esse eletrocardiograma inclui dupla antiagregação.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I
- b) I e II
- c) I e III
- d) II
- e) I, II e III

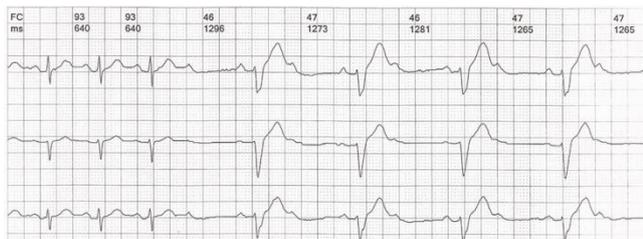
Observe o eletrocardiograma abaixo para responder à Questão 44.



44. O eletrocardiograma acima (reprodução de ECG de superfície velocidade de 25mm/s) demonstra:

- a) sobrecarga ventricular
- b) bloqueio de ramo
- c) sobrecarga atrial
- d) conexão elétrica anormal entre átrio e ventrículo
- e) bloqueio atrioventricular

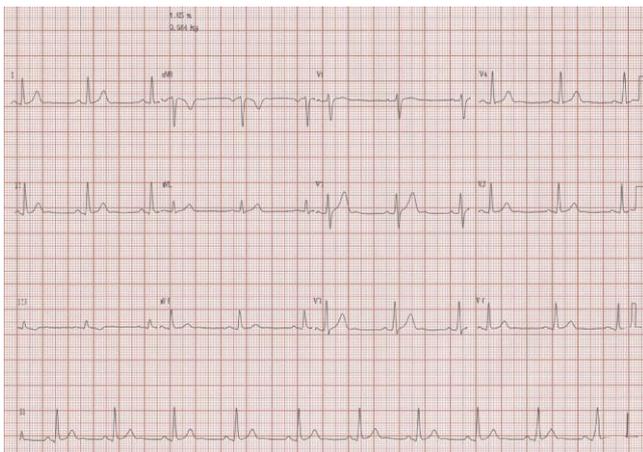
Observe o eletrocardiograma abaixo para responder à Questão 45.



45. A reprodução de trecho do traçado de eletrocardiografia dinâmica (holter de 24 horas) acima demonstra:

- a) Bloqueio atrioventricular de 1º grau.
- b) Bloqueio atrioventricular de 2º grau mobtiz tipo I.
- c) Bloqueio atrioventricular de 2º grau mobtiz tipo II.
- d) Bloqueio atrioventricular total.
- e) uma situação que indica doença grave do sistema His-Purkinje.

Observe o eletrocardiograma abaixo para responder à Questão 46.



46. No traçado de eletrocardiograma acima (reprodução de ECG de superfície velocidade de 25mm/s), é correto afirmar que é compatível com:

- a) bloqueio de ramo direito.
- b) bloqueio de ramo esquerdo.
- c) sobrecarga ventricular esquerda.
- d) infarto agudo do miocárdio.
- e) traçado dentro dos limites da normalidade .

47. Um sopro aspirativo, diastólico, em decrescendo, iniciando-se logo após 2ª bulha cardíaca e mais intenso no terceiro ou quarto espaço intercostais esquerdos, na região paraesternal, é compatível com:

- a) estenose aórtica
- b) insuficiência aórtica
- c) estenose mitral
- d) insuficiência mitral
- e) estenose pulmonar

48. O padrão de crescimento do átrio esquerdo e do ventrículo direito se associa tipicamente com:

- a) estenose aórtica
- b) insuficiência aórtica
- c) estenose mitral
- d) insuficiência mitral
- e) estenose pulmonar

49. Na clássica tríade sintomática da estenose aórtica valvar, o achado associado na história natural com a menor expectativa de sobrevida é:

- a) dor precordial
- b) palpitação
- c) síncope
- d) tontura
- e) dispneia

50. O achado ao exame físico de 2ª bulha cardíaca hiperfonética ao nível do 2º espaço intercostal na região paraesternal direita, é sugestivo de:

- a) estenose pulmonar
- b) hipertensão arterial pulmonar
- c) hipertensão arterial sistêmica
- d) insuficiência coronariana
- e) tromboembolismo pulmonar





**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2020**  
**Grupo J Pré-Requisito: Cardiologia**  
Especialidade: Hemodinâmica.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	