



GABARITO

Simulado
1ª Unidade/2015
08/04/2015

1º ANO

TIPO
2

Biologia

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E

Geografia

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> A
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E