



## MÉDICO CARDIOLOGIA

Nome: \_\_\_\_\_ Inscrição: \_\_\_\_\_

### INSTRUÇÕES

- Você recebeu do fiscal:
  - Este *caderno de questões* contendo 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha da Prova Objetiva;
  - Um *cartão de respostas*, personalizado, para efetuar a marcação das respostas;
- Verifique se o cargo especificado no topo da capa deste *caderno de questões* corresponde ao cargo no qual você está inscrito e que consta do seu *cartão de respostas*. Caso não corresponda, peça imediatamente para o fiscal trocar o seu *caderno de questões*;
- Preencha acima, neste *caderno de questões*, o seu nome e o seu número de inscrição;
- Verifique se os seus dados estão corretos no *cartão de respostas*. Caso necessário, solicite ao fiscal que efetue as correções na Ata de Aplicação de Prova.
- Transcreva a frase abaixo, utilizando *letra cursiva*, no espaço reservado no canto superior direito do seu *cartão de respostas*.

“Só é lutador quem sabe lutar consigo mesmo.”

Carlos Drummond de Andrade

- Assine o seu *cartão de respostas* no local apropriado para tal;
- O *cartão de respostas* NÃO pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas.
- SOMENTE APÓS SER AUTORIZADO O INÍCIO DA PROVA**, verifique no *caderno de questões* se a numeração das questões e a paginação estão corretas;
- Leia atentamente cada questão e assinale a alternativa no seu *cartão de respostas*.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no seu *cartão de respostas* é cobrindo, fortemente, com caneta esferográfica azul ou preta, o espaço a ela correspondente, conforme o exemplo a seguir:



- Você dispõe de quatro horas para fazer a prova. Faça tudo com tranquilidade, mas controle o seu tempo. Esse tempo inclui a marcação do *cartão de respostas*;
- Após o início da prova, um fiscal efetuará a coleta da impressão digital de cada candidato;
- Somente após uma hora do início da prova, você poderá retirar-se da sala de prova, devolvendo seu *caderno de questões* e o seu *cartão de respostas* ao fiscal;
- Você só poderá levar este *caderno de questões* depois de decorridas, no mínimo, três horas e meia de prova, desde que permaneça em sala até este momento. O seu *cartão de respostas* deverá ser obrigatoriamente devolvido ao fiscal;
- Os 3 (três) últimos candidatos de cada sala só poderão ser liberados juntos;
- Após o término de sua prova, entregue obrigatoriamente ao fiscal, o seu *cartão de respostas* devidamente assinado e o seu *caderno de questões*;
- Não se esqueça de solicitar ao fiscal seu documento de identidade quando da entrega do seu material de prova;
- Se você precisar de algum esclarecimento, solicite a presença do responsável pelo local.

### CRONOGRAMA

Divulgação, na página do Concurso na Internet, do gabarito oficial preliminar da Prova Objetiva	21/09/2009
Prazo para interposição, na página do Concurso na Internet, de recurso contra a Prova Objetiva	22/09/2009 e 23/09/2009
Divulgação do resultado do julgamento dos recursos e o resultado preliminar da Prova Objetiva	16/10/2009



## LÍNGUA PORTUGUESA

Leia o texto abaixo e responda as questões 1 a 3.

### A OUTRA EPIDEMIA

Lya Luft - *Veja*, 15-07-2009

Para mim, escrever é sempre questionar, não importa se estou escrevendo um romance, um poema, um artigo. Como ficcionista, meu espaço de trabalho é o drama humano: palco, cenário, bastidores e os mais variados personagens com os quais invento histórias de magia ou desespero. Como jornalista, observo e comento a realidade. O quadro não anda muito animador, embora na crise mundial o Brasil pareça estar se saindo melhor que a maioria dos países. De tirar o chapéu, se isso se concretizar e perdurar. Do ponto de vista da moralidade, por outro lado, até em instituições públicas que julgávamos venerandas, a cada dia há um novo espanto. Não por obra de todos os que lá foram colocados (por nós), mas o que ficamos sabendo é difícil de acreditar. Teríamos de andar feito o velho filósofo grego Diógenes, que percorria as ruas em dia claro com uma lanterna na mão. Questionado, respondia procurar um homem honrado.

Vamos ter de sair aos bandos, aos magotes, catando essa figura, não uma, mas multidões delas, para consertar isso, que parece não ter arrumação?

1 - Assinale a alternativa em que a segunda forma do segmento altera o sentido do segmento inicial.

- (A) “Para mim, escrever é sempre questionar” = Escrever, para mim, é sempre questionar;
- (B) “para consertar isso” = para isso ser consertado;
- (C) “o drama humano” = o drama do homem;
- (D) “os que lá foram colocados” = os que foram colocados lá;
- (E) “não uma, mas multidões” = não multidões, mas uma.

2 - “De tirar o chapéu, se isso se concretizar e perdurar. Do ponto de vista da moralidade, por outro lado, até em instituições públicas que julgávamos venerandas, a cada dia há um novo espanto. Não por obra de todos os que lá foram colocados (por nós), mas o que ficamos sabendo é difícil de acreditar”.

A alternativa que informa o valor semântico correto do elemento destacado é:

- (A) SE = condição;
- (B) POR OUTRO LADO = lugar;
- (C) ATÉ = direção;
- (D) POR = causa;
- (E) MAS = concessão.

3 - “Para mim, escrever é sempre questionar”; a forma plural correta dessa frase é:

- (A) Para nós, escrevermos é sempre questionarmos;
- (B) Para nós, escrevermos é sempre questionar;
- (C) Para nós, escrever é sempre questionar;
- (D) Para mim, escrevermos é sempre questionar;
- (E) Para mim, escrever é sempre questionarmos.

4 - Um jornal do Rio de Janeiro, falando do último show de Roberto Carlos no Maracanã, realizado sob chuva no último dia 11 de julho, em comemoração aos seus 50 anos de carreira, publicou a seguinte manchete:

“Uma plateia com devoção impermeável”

Como outras manchetes, essa também tem duplo significado, construído pelo adjetivo “impermeável” que, nesse caso, pode significar:

- (A) indiferente à chuva / imune a mudanças de gosto musical;
- (B) imune a mudanças de gosto musical / fiel à boa música;
- (C) fiel à boa música / distanciado da modernidade;
- (D) distanciado da modernidade / apegado ao gosto popular;
- (E) apegado ao gosto popular / indiferente à chuva.

5 - Nessa mesma manchete – “Uma plateia com devoção impermeável” – há um tipo de linguagem figurada denominado:

- (A) sinestesia;
- (B) silepse;
- (C) metonímia;
- (D) eufemismo;
- (E) anacoluto.

6 - Numa notícia sobre o Senado, publicada no jornal *O Globo*, de 14-07-2009, lê-se o seguinte:

“Uma casa com 204 copeiros. Pelo menos 20,4% dos 3.500 funcionários terceirizados do Senado são copeiros ou contínuos. Dá mais de sete para cada um dos 81 senadores. No total, são 717, sendo 204 copeiros e 513 contínuos, que custam ao Senado R\$2.400 por mês, cada um.”

Não há dúvida de que a notícia tem um tom crítico, condenando o Senado; o argumento em que se apoia essa crítica é de base estatística (a distorção de mais de sete funcionários para cada senador), mas apresenta uma falha, que é a de:

- (A) não incluir na crítica a Câmara dos Deputados;
- (B) desconsiderar que, além dos senadores, há muito mais gente no Senado;
- (C) incluir na estatística funcionários de tipos diferentes;
- (D) citar dados particulares em jornal de grande circulação;
- (E) não indicar a fonte de informação dos dados publicados.

7 - “Homossexualismo, drogas e prostituição são alguns dos temas que dificultam a captação de verbas para filmes brasileiros, como *Meu nome não é Johnny*.”

(*O Globo*, 14-07-2009)

Após a leitura desse pequeno texto pode-se inferir que:

- (A) o filme *Meu nome não é Johnny* não é filme brasileiro;
- (B) os patrocinadores de filmes têm posição imoral;
- (C) os atores brasileiros não mostram bom desempenho em filmes imorais;
- (D) homossexualismo, drogas e prostituição são temas obrigatórios em nossos filmes;
- (E) homossexualismo, drogas e prostituição não são os únicos temas que impedem patrocínio.



8 - “*PM vai sair da maioria das favelas. O comandante da PM, coronel Mário Sérgio, diz que fechará postos de policiamento em favelas que viraram fonte de corrupção.*”

(O Globo, 12-07-2009)

A afirmação correta sobre esse pequeno texto é:

- (A) os postos de policiamento estão corrompendo a população local;
- (B) a decisão da PM vai atingir todas as favelas do Rio;
- (C) a sigla PM significa Polícia Metropolitana;
- (D) o comandante indica a razão de sua decisão;
- (E) as medidas policiais contam com o apoio das comunidades.

9 - “*Dois frequentadores de uma discoteca, na Barra da Tijuca, acusam seguranças do lugar de tê-los agredido, na madrugada de ontem, dentro da casa de eventos. (...) De acordo com o gerente do espaço, o lugar tem câmeras que podem ajudar a identificar o que aconteceu.*”

(O Globo, 12-07-2009).

Nesse texto, muitos vocábulos substituem elementos anteriormente citados, a fim de se evitarem as repetições deselegantes. A alternativa abaixo que indica corretamente o antecedente referido é:

- (A) “seguranças do lugar” - Barra da Tijuca;
- (B) “de tê-los agredido” - seguranças;
- (C) “dentro da casa de eventos” - câmeras;
- (D) “De acordo com o gerente do espaço” - seguranças;
- (E) “identificar o que aconteceu” - o.

10 - “*PM proíbe funk onde baile causa violência.*”

(O Globo, 13-07-2009)

A forma de reescrever-se essa mesma frase tem seu sentido original alterado em todos os exemplos, exceto em:

- (A) funk é proibido pela PM apenas onde o baile causa violência;
- (B) funk causa violência sempre que esse baile é proibido pela PM;
- (C) baile foi proibido pela PM onde funk causava violência;
- (D) PM proíbe violência causada pelo baile funk;
- (E) PM faz violência ser proibida onde baile funk causa violência.

**Leia o texto abaixo e responda as questões 11 a 15.**

“*Toda obra de um homem, seja em literatura, música, pintura, arquitetura ou em qualquer outra coisa, é sempre um auto-retrato; e quanto mais ele tentar esconder-se, mais seu caráter se revelará, contra sua vontade.*”

(S. Butler)

11 - A utilização da palavra *coisa*, no texto tem o papel de:

- (A) referir-se apenas a todas as atividades não-artísticas;
- (B) possuir valor semântico pejorativo;
- (C) englobar somente as artes citadas anteriormente;
- (D) aludir a qualquer atividade humana;
- (E) apresentar valor irônico, pois desmerece as obras de arte.

12 - Segundo o texto, a obra literária tem por objetivo:

- (A) procurar ocultar o caráter de seu autor;
- (B) mostrar sempre a pessoa do autor;
- (C) trazer ilustrações biográficas do autor;
- (D) projetar fatos e fantasias de seu autor;
- (E) apresentar uma biografia do autor.

13 - “...e quanto mais ele tenta esconder-se...” / “...mais seu caráter se revelará...”.

As duas ocorrências do vocábulo SE, no trecho acima são vistas como:

- (A) ambas, à pessoa do autor;
- (B) a primeira é exemplo de um pronome indeterminador do sujeito;
- (C) a segunda é exemplo de pronome de valor reflexivo;
- (D) ambas têm idêntica função no texto;
- (E) a segunda indica a presença de voz passiva.

14 - “quanto mais ele tentar esconder-se, mais seu caráter se revelará”; a forma da frase abaixo em que a correspondência de tempos verbais contraria a norma culta da língua portuguesa é:

- (A) quanto mais ele tentou esconder-se, mais seu caráter se revelou;
- (B) quanto mais ele tenta esconder-se, mais seu caráter se revela;
- (C) quanto mais ele tentava esconder-se, mais seu caráter se revelava;
- (D) quanto mais ele tentasse esconder-se, mais seu caráter se revelaria;
- (E) quanto mais ele tentaria esconder-se, mais seu caráter se revelaria.

15 - “*Toda obra de um homem...é sempre um auto-retrato.*”; nesse segmento há a presença de um tipo de linguagem figurada denominado:

- (A) hipérbato;
- (B) metáfora;
- (C) metonímia;
- (D) comparação;
- (E) pleonasma.

**RJU – Lei 8.112/90**

16 - Para o provimento de cargos públicos federais, regulado pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a combinação de fatores legais está caracterizada na seguinte alternativa:

- A) Ter requisitos básicos para a investidura em cargo público, entre outros, a nacionalidade brasileira, o gozo dos direitos políticos e a idade mínima de vinte e um anos.
- B) A posse em cargo público é ato pessoal e intransferível, sendo proibida a sua realização mediante procuração.
- C) A posse deverá ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias contados da publicação do ato de provimento, sob pena de ser o ato tornado sem efeito.
- D) Os concursos públicos podem ter validade de até 2 (dois) anos, possíveis duas prorrogações, por igual período.
- E) A contar da posse em cargo público, o servidor tem o prazo de 10 (dez) dias para entrar em exercício.

17 - Nos limites estabelecidos pela Lei Estatutária dos Servidores Públicos Civis da União, a Licença para tratar de interesse particular dar-se-á da seguinte forma:

- A) sem remuneração, a critério da Administração.
- B) sem remuneração, pela manifestação de vontade do servidor.
- C) sem remuneração, durante o período que mediar entre a sua escolha em convenção partidária.
- D) com remuneração, para acompanhar cônjuge ou companheiro que foi deslocado para outro ponto do território nacional.
- E) com remuneração, por motivo de doença do cônjuge ou companheiro.

18 - Ao ser eleito, a licença a favor do servidor público regido pelo RJU (Lei 8112/90) para o exercício de atividade política será:

- A) Não-remunerada, até o limite de três meses.
- B) Remunerada, até o limite de três meses, entre o registro de sua candidatura e o décimo dia seguinte ao da eleição.
- C) Remunerada, desde a escolha em convenção partidária, até o décimo dia seguinte ao da eleição.
- D) Não-remunerada, entre o dia da escolha em convenção partidária até o décimo dia seguinte ao da eleição.
- E) Remunerada, até o limite de quatro meses, entre a escolha em convenção partidária e a data da eleição.

19 - Os atos de demissão e de cassação de aposentadoria, em ação disciplinar, conforme expressa disposição contida na Lei nº 8.112/90, prescrevem-se em:

- A) 120 dias.
- B) 180 dias.
- C) 2 anos.
- D) 3 anos.
- E) 5 anos.

20 - Pela Lei 8.112/90, conceder-se-á indenização de transporte ao servidor que realizar despesas com a utilização de:

- A) transporte rodoviário municipal, trem e metrô.
- B) transporte rodoviário intermunicipal, trem e metrô.
- C) transporte rodoviário municipal ou intermunicipal, trem e metrô.
- D) meio próprio de locomoção para a execução de serviços externos
- E) transporte rodoviário municipal ou intermunicipal, trem, metrô e barca.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

**Analise o Estudo de Caso abaixo e responda às questões de 21 a 24.**

Você está de plantão em uma unidade de emergência e inicia o atendimento de um homem de cor branca metalúrgico, 47 anos, que se apresenta andando com dificuldade com o auxílio de muletas.

Queixa-se de uma dor no terço inferior do esterno e no braço esquerdo, que se estende do ombro até o punho, opressiva, que iniciou quando estava sentado assistindo à televisão. A dor persiste por 4 horas com episódio de vômito e evacuação.

Conta que sofrera um acidente de trabalho há 30 dias, com fratura de um osso da perna direita, tendo sido inclusive submetido a uma cirurgia no dia seguinte a fratura para colocação de um “parafuso”.

Desde que começou a usar muletas, vem sentido dor no braço esquerdo que atribui a má adaptação à órtese, tendo sido prescrito anti-inflamatório não-hormonal por seu ortopedista. Conta que já utilizou dois comprimidos do medicamento, desde o início da dor, sem nenhuma melhora.

Nega diabetes, tabagismo, desconhece seu perfil lipídico, nega história familiar de doença coronariana e relata que foi atendido, no ambulatório da empresa, com “pressão alta”, mas julga ter ficado bom após a medicação então administrada.

Ao exame :

Paciente pálido com sudorese fria, taquipneico.

O exame dos vasos do pescoço não mostra anormalidades:

PA = 190 X 130 mmHg BE = BD deitado;

FC = 110 bpm;

FR = 28 rpm.

Ausculta pulmonar demonstra murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios.

Ictus cordis impalpável:

RCR 3T (B4), discreta hiperfonese de bulhas A2>P2;

Abdômen indolor, sem visceromegalias ou massas palpáveis, com peristalse presente.

MMIIS – Perna direita com cicatriz cirúrgica.

21 - A atitude a ser adotada imediatamente é:

- (A) solicitar um eletrocardiograma de 12 derivações, obter os sinais vitais e um acesso venoso periférico e iniciar bloqueador de cálcio intravenoso;
- (B) administrar AAS 200 mg VO associado à instalação de monitor cardíaco e oxigênio 4l/min por máscara de Venturi e iniciar nitroprussiato de sódio;
- (C) administrar nitroglicerina venosa associada à morfina além de clopidogrel e oxigênio;
- (D) solicitar enzimas cardíacas, eletrólitos e coagulograma, além de radiografia de tórax e aguardar o resultado para início da terapêutica;
- (E) solicitar eletrocardiograma de 12 derivações, obter sinais vitais e acesso venoso periférico, instalar monitor cardíaco e iniciar AAS 200 mg VO, morfina IV e suplementação de O2 4l/min.



22 - Após a administração das condutas iniciais, o paciente refere melhora da dor torácica.

PA = 140 / 90 mmHg e FC = 90 bpm. A enfermeira lhe entrega o eletrocardiograma que mostra supradesnivelamento de ST de 0,2 mV de V1 a V6 além de D1 e aVL.

A próxima conduta será:

- (A) administrar heparina não fracionada associada a betabloqueador, clopidogrel e inibidores da enzima de conversão da angiotensina;
- (B) iniciar trombólise imediatamente, pois se trata de um infarto anterior extenso;
- (C) aguardar os resultados de enzimas e a radiografia de tórax para afastarmos a possibilidade de dissecação aórtica ou pneumotórax;
- (D) transferir para outro hospital com possibilidade de realizar angioplastia primária já que esse paciente tem contra-indicação ao uso de estreptoquinase pelos dados da história;
- (E) considerar o uso de estatina associada a heparina de baixo peso molecular.

23 - Gradativamente o paciente refere melhora da dor torácica que desaparece após 30 minutos da abordagem proposta. Há diminuição do supradesnivelamento do segmento ST e ocorre o aparecimento de taquicardia ventricular que se resolve espontaneamente. O paciente é internado na unidade coronariana onde permanece por dois dias assintomático. No sétimo dia de internação, volta a ter dor torácica de forte intensidade, sem irradiação, em aperto, recorrente, que só melhora com a administração de morfina, apresentando os seguintes sinais vitais:

PA = 120/80 mmHg (deitado) e a FC = 100 bpm.

As medidas a serem adotadas são:

- (A) solicitar cateterismo cardíaco o mais breve possível, se não houver supradesnivelamento do segmento ST, já que o paciente apresenta angina pós-infarto;
- (B) repetir o eletrocardiograma para afastar um novo infarto. Caso o mesmo esteja ocorrendo administrar o trombolítico de novo;
- (C) iniciar heparina não fracionada, aumentar a nitroglicerina venosa e associar betabloqueador intravenoso;
- (D) solicitar a realização de um ecocardiograma para analisarmos a função ventricular esquerda e afastarmos a possibilidade de pericardite pós infarto;
- (E) realizar uma tomografia de tórax para afastarmos a possibilidade de dissecação aórtica aguda.

24 - O paciente tem alta hospitalar em uso de aspirina e betabloqueador após 15 dias de internação. Ao retornar à deambulação, com o auxílio de muletas, relata que tem apresentado falta de ar que o obriga a descansar periodicamente. Também nota falta de ar quando dorme com o travesseiro baixo associada a tosse seca. Na consulta ambulatorial, o médico observou ritmo cardíaco regular em 4 tempos (B3 e B4 de VE), frequência cardíaca de 100 bpm, pressão arterial de 120/80 mmHg (sentado) e crepitações bibasais de finas bolhas. O paciente foi medicado e retornou 1 mês depois assintomático. No exame físico

o paciente apresenta-se sem turgência jugular, o ritmo cardíaco está em 3 tempos com a presença de B4 de VE e os pulmões estão limpos. O paciente solicita liberação para retornar ao seu trabalho, bem como um laudo para entregar ao médico de sua firma.

Os diagnósticos que você mandaria em seu relatório para o outro médico são:

- (A) insuficiência coronariana aguda complicada por reinfarto e associada a insuficiência cardíaca congestiva;
- (B) infarto agudo do miocárdio associado a pericardite pós-infarto evoluindo para cardiopatia isquêmica em fase dilatada;
- (C) infarto agudo do miocárdio de parede anterior associado a angina pós-IAM e insuficiência ventricular esquerda compensada;
- (D) infarto agudo do miocárdio complicado por dissecação aguda da aorta;
- (E) insuficiência coronariana aguda de parede inferior associada a disfunção biventricular.

25 - Os sopros sistólicos de ejeção podem ter as seguintes características:

- (A) serem audíveis na área aórtica, no 3º espaço intercostal esquerdo e no foco mitral, onde podem ser tão ou mais intensos que na área aórtica e terminam junto à segunda bulha;
- (B) na estenose aórtica importante, ocorre o desdobramento invertido da segunda bulha e o sopro pode englobar o componente pulmonar terminando junto com o fechamento aórtico;
- (C) ocorrerem na insuficiência aórtica importante isolada, mas nunca serem mais intensos que os sopros diastólicos;
- (D) na fase de esforço da manobra de Valsalva, aumentarem a intensidade do sopro da cardiopatia hipertrófica e diminuir a intensidade do sopro da estenose aórtica;
- (E) na posição de agachamento, diminuir a intensidade do sopro da estenose aórtica e aumentarem a intensidade do sopro da cardiopatia hipertrófica.

26 - Mulher de 22 anos, portadora de síndrome de Marfan, está assintomática e procura o médico para fazer aconselhamento, pois pretende engravidar. Irmão apresentou morte súbita enquanto aguardava cirurgia de aorta. Em avaliação de rotina você observa um aneurisma de aorta torácica ascendente e solicita uma tomografia de tórax, que confirma o diagnóstico e descreve as seguintes medidas: 5,5 x 8 cm. A orientação a ser dada ao paciente é:

- (A) seguimento de 6/6 meses até que o diâmetro da aorta seja superior a 6,5 cm;
- (B) iniciar betabloqueador ou inibidor da enzima conversora de angiotensina e liberar a gestação;
- (C) não realizar a cirurgia, pois não muda a história natural da Síndrome de Marfan;
- (D) a cirurgia deve ser indicada o mais breve possível;
- (E) contra-indicar a gestação e sugerir a adoção.



27 - Paciente jovem, de 36 anos, portador de prolapso da válvula mitral, está internado para o tratamento de endocardite bacteriana, uma semana após tratamento endodôntico. Quando o médico o examina, no segundo dia de antibióticos instituídos pelos médicos que o precederam no plantão, observa-se sopro sistólico de regurgitação 4+/4+, presença de estertores crepitantes não descritos anteriormente e PA de 90/60 mmHg (Braço esquerdo-deitado). Ecocardiograma solicitado demonstra vegetação de cerca de 10mm e insuficiência mitral importante com função ventricular esquerda ainda preservada. A conduta a ser adotada é:

- (A) mudar o esquema de antibiótico incluindo cobertura para fungos dado ao tamanho da vegetação;
- (B) iniciar tratamento com vasodilatadores e diuréticos e aguardar pelo menos 2 semanas para a realização de troca valvar já que o paciente não apresenta comorbidades;
- (C) providenciar cirurgia valvar precoce;
- (D) completar o esquema já proposto de antibióticos com quatro semanas de duração;
- (E) só realizar a cirurgia se houver instabilidade hemodinâmica associada a presença de fibrilação atrial aguda.

**Análise o caso abaixo e responda as questões de 28 a 30.**

A C F G, 58 anos, masculino, branco, casado, policial aposentado, natural do RJ, reside em Belford Roxo, 2º grau incompleto. Paciente com história de hipertensão e diabetes há 10 anos, em tratamento irregular. Há cerca de 3 anos apresentou episódio de forte dor torácica difusa, em repouso, associada a opressão precordial, referida para o dorso e MSE. Nega dispneia e lipotímia. Procurou atendimento médico que evidenciou IAM anterior com supra de ST. Na época não fez uso de terapia de reperfusão. Evoluiu sem história de dispneia, palpitação ou síncope. Realizou cateterismo cardíaco no sétimo dia de internação, que revelou DAC obstrutiva no terço proximal de ACDA, associada a leve disfunção global de VE e hipocinesia ântero-apical, época em que fez implante de 2 stents farmacológicos na DA. Recebeu alta no dia seguinte assintomático, em uso de AAS, clopidogrel e demais medicações que não lembra. Após a alta hospitalar retornou às suas atividades habituais, incluindo atividade física como jogar futebol. Posteriormente suspendeu, por conta própria, o clopidogrel. Quatro meses após cessação do uso do clopidogrel, apresentou dor torácica difusa, em repouso, de forte intensidade, com sensação de peso, com irradiação para MSE, com duração de 1 hora, associado à sudorese fria e lipotímia, procurando atendimento médico.

A conduta do médico será:

- (A) realizar cinangiocoronariografia e aspirar os trombos iniciando terapia com inibidor de glicoproteína IIb/IIIa, com observação posterior da patência da artéria descendente anterior;
- (B) administrar tenecteplase o mais breve possível, após diagnosticar um IAM anterior por trombose dos stents;
- (C) submeter o paciente a nova cineangiocoronariografia e colocação de stent convencional intra-stent;
- (D) internar em unidade coronariana iniciando-se anticoagulação com heparina não fracionada e terapia com tripla antiagregação;
- (E) propor uma cirurgia de revascularização do miocárdio por fálência do tratamento com angioplastia coronariana.

29 - Uma semana após a alta, surgiu astenia, anorexia e cansaço que evoluiu aos pequenos esforços, além de ortopneia e dispneia paroxística noturna. Cinco meses antes da internação, surgiu desconforto em hipocôndrio direito e edema progressivo de MMII. Ecocardiograma realizado demonstrou aneurisma ântero-látero-apical e ínfero-apical associado à grave disfunção de VE.

O procedimento a ser adotado com esse paciente é:

- (A) iniciar furosemida, captopril, espironolactona, carvedilol e digital;
- (B) associar estatina, hipoglicemiante oral e diurético ao tratamento com dupla antiagregação e realizar novo estudo angiográfico para abordar a descendente anterior o mais rápido possível;
- (C) iniciar cumarínico para prevenir a formação de trombo no aneurisma associado à dupla antiagregação;
- (D) realizar cintigrafia miocárdica para avaliar a presença de viabilidade para posterior realização de cirurgia cardíaca;
- (E) iniciar furosemida, captopril, espironolactona, dupla antiagregação, estatina e hipoglicemiante oral.

30 - A conduta a ser adotada, na falha do tratamento clínico, com base nas evidências científicas disponíveis é:

- (A) ressincronização de VE caso seja evidenciada a presença de insuficiência cardíaca NYHA III e IV, refratária à terapêutica medicamentosa, com QRS >130 ms, diâmetro diastólico > 55 mm e fração de ejeção < 35 por cento;
- (B) profilaxia secundária com implante de CDI;
- (C) cirurgia de reconstrução de VE se não houver viabilidade miocárdica;
- (D) terapia de células-tronco;
- (E) transplante cardíaco.

31 - Paciente com miocardiopatia dilatada, hipertensão pulmonar e trombo na ponta do VE, em uso crônico de anticoagulação oral, desenvolve abscesso dentário. O dentista considera que é necessário fazer extração do dente e solicita seu parecer sobre qual o melhor momento para realizar esta extração e sobre a necessidade de suspender ou reverter a anticoagulação oral com warfarina. O INR do paciente vem-se mantendo estável e o último exame mostrou INR = 2,0.

O médico deverá fazer a seguinte recomendação para o dentista e para o paciente:

- (A) suspender a anticoagulação e fazer a extração dentária em 48 h quando o INR atingir 1,3;
- (B) poder seguir com a extração dentária apesar do INR de 2,0;
- (C) administrar vit. K e fazer a extração dentária em 24 h se o INR estiver abaixo de 1,3;
- (D) tratar com plasma congelado fresco e realizar a extração dentária após a infusão do plasma;
- (E) tratar com concentrado de fator de coagulação e realizar a extração após a infusão.



32 - Em um ensaio clínico randômico de uma estatina (droga x placebo) para tratar dislipidemia pelo período de 5 anos, os resultados indicaram um NNT de 20 para 20 pacientes tratados, em média, por 5 anos. Com a droga, tivemos 01 (um) desfecho maléfico evitado (morte, por exemplo) quando comparado ao grupo-controle. Droga com eficácia das melhores que temos disponíveis.

Esses resultados podem ser interpretados: se administrar esta droga para 20 pacientes, a probabilidade de que 3 destes 20 pacientes sejam beneficiados é:

- (A) 5 % ou 50 em 1.000 (um mil);
- (B) 0,25% ou 2,5 em 1.000 (um mil);
- (C) 0,0125 % ou 1,25 em 10.000 (dez mil);
- (D) 0,05 % ou 5 em 10.000 (dez mil);
- (E) 1,25 % ou 12,5 em 1.000 (um mil).

33 - Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, assintomática, com exame físico normal e sem qualquer fator de risco cardiovascular. Deseja fazer exercício físico em uma academia de ginástica e foi solicitado um teste de esforço para diagnosticar ou afastar a possibilidade de doença aterosclerótica coronariana assintomática. O médico, cardiologista, foi procurado pela paciente para solicitar o teste de esforço.

Observe a tabela abaixo que fornece os resultados de diversos estudos mostrando a sensibilidade e a especificidade dos diversos testes utilizados para o diagnóstico de doença aterosclerótica coronariana.

Teste	S	E	No. Estudos	No. Pacientes	% c/ DAC
Tálio	0,79	0,73	6	510	66
ECO	0,76	0,88	10	1174	64
SPECT	0,88	0,77	8	628	70
PET	0,91	0,82	3	206	68
TE	0,68	0,77	132	24.074	66

Tálio = cintilografia cardíaca com tálio; Eco=Ecocardiograma de esforço; SPECT=Single Photon Emission Computed Tomography; PET = Positron Emission Tomography; TE = Teste de esforço; S=sensibilidade; E=especificidade; No.est. = número de estudos; No. pac= número de pacientes; % c/ DAC = percentual de pacientes com Doença aterosclerótica coronariana em cada grupo de estudos.

Analisando esta tabela e o caso clínico apresentado, conclui-se que:

- (A) apesar da probabilidade pré-teste de doença ser baixa no caso apresentado, ordena-se o teste de esforço porque concorda com o motivo dado para indicá-lo;
- (B) o médico não ordena nenhum teste para diagnóstico de doença aterosclerótica coronariana assintomática, principalmente neste caso, pois para qualquer dos testes a probabilidade de obter um resultado falso-positivo é muito maior do que a de receber um resultado verdadeiro positivo;
- (C) o médico não ordena o teste de esforço, pois acha melhor realizar uma cintilografia cardíaca com tálio, que é mais sensível que o teste de esforço;
- (D) o médico indica um ecocardiograma de esforço, porque a razão de verosimilhança (razão de chances) desse teste é maior que a do teste de esforço ou que o da cintilografia;
- (E) apesar do custo elevado, a utilização da PET seria uma boa escolha se estivesse disponível na sua prática clínica, pois é o teste que tem maior sensibilidade de todos.

34 - Paciente de 75 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica em tratamento regular, apresenta infarto agudo do miocárdio de parede anterior e evolui com dispneia aguda, edema pulmonar e hipotensão, além de sopro sistólico ++/4+ em foco mitral. Estatisticamente, essa complicação do infarto ocorre:

- (A) mais frequentemente em indivíduos jovens;
- (B) geralmente após a primeira semana;
- (C) mortalidade com o tratamento médico em cerca de 98% e o cirúrgico em torno de 40-60%;
- (D) mais comumente nos pacientes submetidos à terapia fibrinolítica em relação à angioplastia primária
- (E) mais frequentemente no primeiro dia do infarto agudo, (podendo ocorrer do 1º ao 14º dia), com incidência de 1%.

35 - Paciente de 45 anos, masculino, apresenta taquicardia ventricular monomórfica sustentada nas primeiras 48 horas do infarto agudo do miocárdio. Com relação ao manuseio dessa arritmia, constata-se que:

- (A) a presença dessa arritmia aumenta a mortalidade do paciente;
- (B) o tratamento inicial preconizado é a utilização de lidocaína com correção dos níveis séricos de magnésio;
- (C) a lidocaína profilática deve ser utilizada de rotina;
- (D) um dos tratamentos recomendados é a utilização de amiodarona e essa arritmia não está necessariamente relacionada com redução da função ventricular;
- (E) a repercussão irá depender da disfunção miocárdica pré-existente e da frequência ventricular.

**Leia o estudo de caso abaixo e responda às questões 36 e 37.**

L.C.S, 57 anos, solteira, nascida na Paraíba, reside no Rio de Janeiro, do lar, evangélica. Tem diagnóstico de febre reumática desde os 12 anos, com dupla lesão mitral e espessamento de válvula aórtica e é acompanhada no serviço de Cardiologia de um hospital estando em uso de atenolol 100 mg dia, furosemida 120 mg dia e warfarina 5mg dia. Tem fibrilação atrial persistente documentada desde janeiro de 2008. Relata nos últimos 3 meses, febre de 39 graus com calafrios, no período da tarde, e emagrecimento de 9Kg em 1 ano (50- 41 Kg). Queixou-se nessa mesma época de cansaço aos médios esforços progredindo para o repouso, dispneia paroxística noturna e palpitações (tremor cardíaco). Resolveu procurar o HUCFF e foi atendida na emergência com edema agudo de pulmão e frequência cardíaca de 140bpm. Houve melhora do quadro após controle da FC com metoprolol e diurético venoso. Foi internada na UC no dia para diagnóstico e conduta terapêutica. Paciente encontrava-se emagrecida, com IMC de 16, dispneica, taquipneica, com TJP a 90 graus, sat 90% em ar ambiente, PA: 120/60 mmHg FC: 130 bpm, ACV: RCI, 2T, SS FM 3+/6, ictus desviado, P2>A2, AR: presença de estertores crepitantes até terço médio. Abdome: escavado, hepatomegalia dolorosa, 3 cm do RCD, impulso de VD. A radiografia de tórax apresentava congestão pulmonar e derrame pleural à direita.



36 - A conduta a ser adotada é:

- (A) proceder a ventilação não invasiva, manter betabloqueador venoso, colher hemocultura e iniciar antibióticos;
- (B) solicitar um ecocardiograma transtorácico para avaliar função de VE e não iniciar antibióticos caso não seja demonstrada a presença de vegetação;
- (C) iniciar heparina não fracionada e realizar ecocardiograma transesofágico para evidenciar a presença de trombos;
- (D) iniciar diuréticos venoso, colher hemocultura e cultura de urina e considerar adição de vasodilatadores para prevenir o remodelamento de VE;
- (E) considerar cirurgia cardíaca nas próximas 48 horas da internação.

37 - As hemoculturas foram negativas e a paciente apresentou 3 episódios de descompensação cardíaca.

Foi otimizada a terapia para insuficiência cardíaca com carvedilol, espirolactona, inibidor da ECA e furosemida. O próximo procedimento será:

- (A) programar cirurgia de troca valvar eletiva após melhora do estado nutricional da paciente;
- (B) solicitar um ecocardiograma transesofágico para confirmar a hipótese de endocardite e manter antibioticoterapia empírica por 30 dias;
- (C) reavaliar a paciente evolutivamente, realizar cineangiocoronariografia para programação cirúrgica eletiva;
- (D) iniciar cumarínico para evitar fenômenos tromboembólicos;
- (E) programar cirurgia cardíaca de urgência já que a paciente provavelmente está cursando uma complicação da doença de base.

38 - LCM, 65 anos, feminina, portadora de hipertensão arterial em uso de clortalidona, está internada para investigação de derrame pleural esquerdo. Tem história de acidente vascular encefálico prévio (10 anos atrás) e fibrilação atrial persistente. É encontrada no quarto com parada cárdio-respiratória em atividade elétrica sem pulso. A paciente responde às manobras de ressuscitação após 8 minutos e é levada para a Unidade de Terapia Intensiva. No exame físico apresenta turgência jugular e síndrome de baixo débito sendo instituído noradrenalina 0,5µg/Kg/min para manutenção de PA sistólica de 100 mmHg. Para definir o diagnóstico correto desse caso, o procedimento a ser adotado é:

- (A) uma das hipóteses diagnósticas é o tromboembolismo pulmonar que deverá ser confirmado por estudo transesofágico realizado à beira do leito; caso seja evidenciada a presença de trombo proximal nas artérias pulmonares, deverá ser iniciado trombolítico ou a paciente deve ser submetida à embolectomia;
- (B) esta paciente tem provavelmente pneumotórax hipertensivo e deverá ser submetida à descompressão por agulha;
- (C) o tamponamento cardíaco deve ser a causa da parada cardio-respiratória e a paciente deve ser submetida à pericardiocentese de urgência;
- (D) a paciente deve ser levada à sala de hemodinâmica dado que apresenta um infarto agudo complicado;
- (E) a hipoxemia associada e a acidose metabólica são responsáveis pelo evento e devem ser corrigidas imediatamente com bicarbonato e suplementação de oxigênio.

39 - Em relação ao exame físico, a alternativa que descreve corretamente os sons cardíacos é:

- (A) o sopro contínuo em maquinaria acentua-se na tele-sístole e na proto-diástole e aumenta durante a inspiração e diminui com os exercícios;
- (B) embora típico o sopro contínuo não é diagnóstico de canal arterial persistente;
- (C) o zumbido venoso jugular ocorre frequentemente nos estados hipercinéticos e se acentua com a manobra de Valsalva.
- (D) o sopro diastólico de Graham Steel pode ocorrer na Doença de Roger;
- (E) o sopro sistólico de ejeção acompanhado de segunda bulha única, forte e de timbre metálico, sugere transposição dos grandes vasos da base.

40 - A relação entre os níveis de pressão arterial e a ocorrência de infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral pode ser definida por uma probabilidade de ocorrência destes eventos clínicos em um determinado período de tempo. Dentre as assertivas abaixo, aquela que estabelece uma relação causal correta é:

- (A) quanto menor o nível de pressão arterial sistólica, menor é a probabilidade de ocorrer um infarto do miocárdio e maior a probabilidade de ocorrer um acidente vascular cerebral;
- (B) a relação positiva entre pressão arterial, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, só existe para valores de pressão arterial iguais ou maiores que 140/90 mm Hg;
- (C) quanto menor o nível de pressão arterial sistólica, maior a probabilidade de ocorrer infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral;
- (D) quanto maior o nível de pressão arterial sistólica ou diastólica, maior a probabilidade de ocorrer tanto o infarto do miocárdio quanto o acidente vascular cerebral, seja para valores abaixo ou acima de 140/90 mm Hg;
- (E) quanto maior o nível da pressão arterial, maior a probabilidade de ocorrer infarto do miocárdio e menor a probabilidade de ocorrer acidente vascular cerebral.

41 - A tabela abaixo expressa o resultado de 9 ensaios clínicos envolvendo 27.743 pacientes com 120.000 pessoas-ano de seguimento e compara as taxas de eventos clínicos entre os pacientes tratados com antagonistas de cálcio contra o tratamento com outras drogas anti-hipertensivas (diuréticos, betabloqueadores, inibidores da ECA):

Desfecho clínico final	Tratamento experimental (antagonista de cálcio)	Tratamento padrão (outras drogas anti-hipertensivas)
Infarto do miocárdio	4,5 %	3,6 %
AVC	4,5 %	5,0 %
Insuficiência cardíaca	3,3 %	2,7 %
Eventos CV maiores	14,2 %	13,1 %
Mortalidade Global	8,3 %	8,1 %

O aumento relativo do risco para eventos cardiovasculares (CV) maiores é de:

- (A) 1,1 %;
- (B) 3,0 %;
- (C) 5,2 %;
- (D) 9,1 %;
- (E) 8,4 %.



42 - MLS, 61 anos, branca, costureira e portadora de hipertensão arterial sistêmica em tratamento regular, apresentou forte dor precordial, irradiada para o dorso, com duração de 30 minutos, iniciada 7 horas antes, após saber da morte de seu filho. O eletrocardiograma da emergência documentou supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior com positividade dos marcadores séricos de necrose miocárdica. Houve melhora do quadro com o uso de betabloqueadores, antiagregantes e inibidor da enzima de conversão da angiotensina. Realizou ecocardiograma transtorácico que demonstrou FE de 35% associada e acinesia da região apical. A paciente se recusou a fazer o estudo angiográfico solicitado e obteve alta hospitalar. Na consulta realizada 30 dias após, foi solicitado ecocardiograma transtorácico cujo o resultado foi normal. Diante deste resultado, em relação ao diagnóstico e conduta, é correto afirmar:

- (A) provavelmente o laudo não está correto e a paciente deve realizar outro exame com médico mais experiente;
- (B) o diagnóstico estava errado e a paciente apresentava pericardite constrictiva, necessitando de uma cirurgia cardíaca;
- (C) já que provavelmente apresentou síndrome de Tako-tsubo, a paciente deve ser mantida em acompanhamento, sem medicação alguma;
- (D) já que provavelmente apresentou miocardite a paciente deve ser mantida em acompanhamento, sem medicação alguma;
- (E) a paciente deve ter se apresentado em espasmo coronariano e deve iniciar antagonista do cálcio.

43 - No Estudo ALLHAT (Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial) realizado com 33.357 pacientes com hipertensão arterial, idades maiores que 55 anos e com pelo menos um fator de risco adicional para cardiopatia isquêmica aterotrombótica. A ocorrência de acidente vascular cerebral, em 6 anos de acompanhamento, foi de 6,3 % no grupo tratado com lisinopril (10 a 40 mg/d) e de 5,6 % no grupo tratado com clortalidona (12,5 a 25 mg/d). Face a esses resultados, o médico conclui que o NNT (número necessário para tratar para reduzir um evento) na comparação entre os dois tratamentos foi de:

- (A) 100;
- (B) 1,4;
- (C) 50;
- (D) 14;
- (E) 143.

44 - Neste mesmo estudo (ALLHAT) o risco relativo de apresentar insuficiência cardíaca no grupo tratado com anlodipina (risco absoluto de 10,2%), versus o grupo tratado com clortalidona (risco absoluto de 7,7%) foi de 1,38 com intervalo de confiança de 95% entre 1,25 e 1,52. Isto indica que:

- (A) o risco relativo não deve ser utilizado para interpretar o resultado de um ensaio clínico, pois não tem relação com o risco absoluto que é a medida de risco mais informativa;
- (B) o tratamento reduziu a ocorrência de insuficiência cardíaca no grupo tratado com anlodipina comparado com o grupo tratado com clortalidona, mas esta diferença não tem significado estatístico;

- (C) o tratamento reduziu a ocorrência de insuficiência cardíaca no grupo tratado com clortalidona em comparação com o grupo tratado com anlodipina, mas essa redução não tem significado estatístico;
- (D) o tratamento reduziu a ocorrência de insuficiência cardíaca no grupo tratado com clortalidona em comparação com o grupo tratado com anlodipina e essa redução tem significado estatístico;
- (E) o significado estatístico de um ensaio clínico não tem grande interesse. O importante é apenas o significado clínico e esses resultados mostram que a diferença observada não tem valor clínico.

45 - ALA, 23 anos, com diagnóstico de miocardiopatia hipertrófica, está assintomática e procura para obter um atestado médico exigido pela academia que frequenta. O médico confirma que a paciente tem história de morte súbita na família e solicita em ecocardiograma, um teste ergométrico e um Holter. Os achados significativos desses exames foram: espessura do septo interventricular de 20mm, hipotensão arterial no pico máximo do esforço e episódios de taquicardia ventricular não sustentada. O médico inicia betabloqueador e há manutenção da arritmia ventricular no Holter de controle. A recomendação para essa paciente é:

- (A) cardioversor desfibrilador implantável;
- (B) mioectomia;
- (C) alcoolização do septo interventricular com implante de marcapasso definitivo;
- (D) tratamento clínico com betabloqueador e proibição de exercícios físicos vigorosos;
- (E) liberação de exercícios físicos supervisionados.

46 - ALC, 32 anos, nascido em Minas Gerais, procurou o centro de cardiologia, porque está apreensivo pela morte inesperada de seu irmão mais jovem. Ele está assintomático e tem hábito de praticar exercícios físicos sem apresentar nenhum sintoma. O médico solicita um eletrocardiograma que demonstrou aumento do espaço PR, supradesnivelamento do segmento ST em V1, V2 e V3 e padrão de bloqueio de ramo direito. O ecocardiograma realizado a seguir é normal. O diagnóstico provável é:

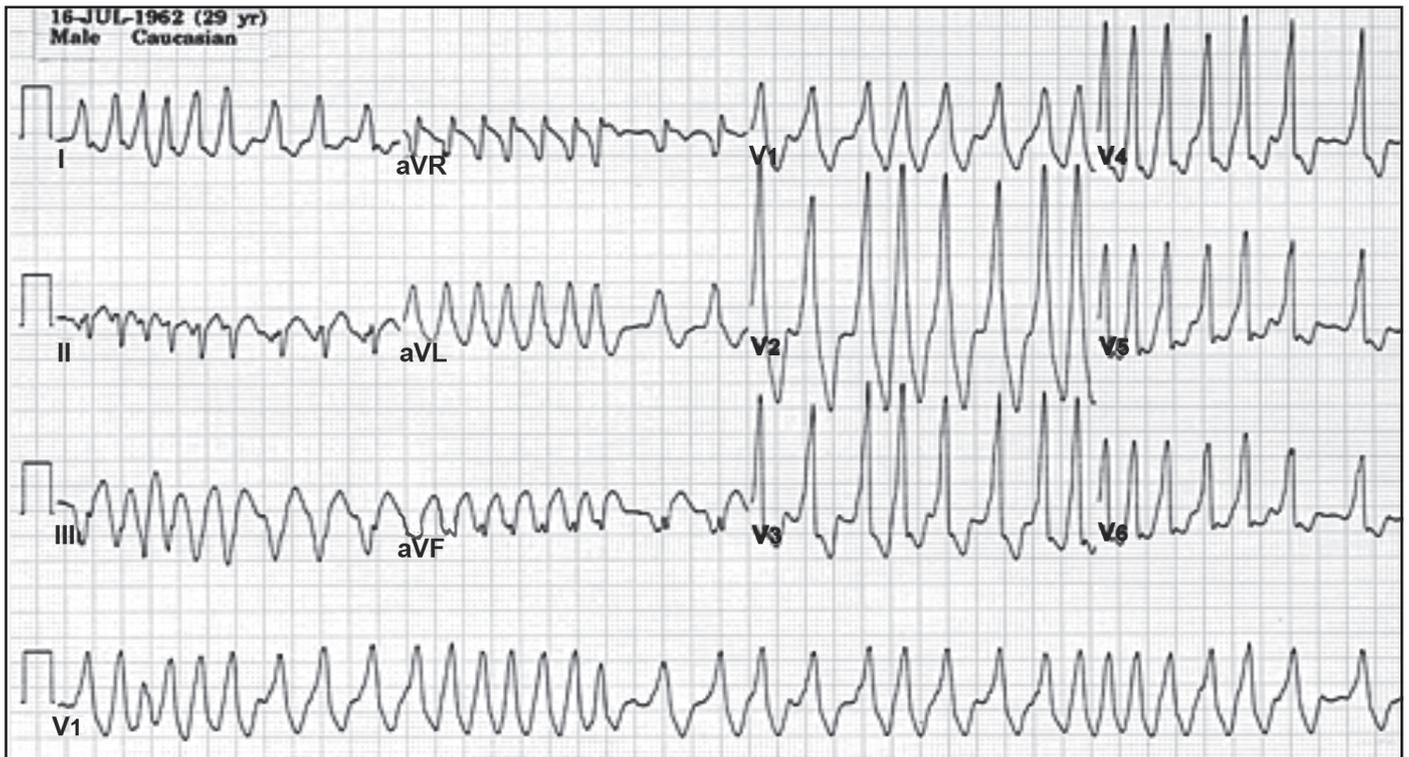
- (A) displasia arritmogênica de VD;
- (B) síndrome do Brugada;
- (C) taquicardia fascicular;
- (D) síndrome do QT longo;
- (E) doença de Chagas.

47 - KJC, 79 anos, durante missa dominical, apresentou episódio de síncope, sendo atendida em serviço de urgência. Os acompanhantes relatam que a paciente permaneceu desacordada por 15 minutos e apresentava palidez cutâneo-mucosa e sudorese fria. Na emergência realizou eletrocardiograma que demonstrou bradicardia sinusal e ecocardiograma que apresentou alterações senis mitro-aórticas com pequeno refluxo valvar e disfunção diastólica do tipo deficit de relaxamento. Neste caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) bloqueio AV transitório;
- (B) estenose aórtica;
- (C) síncope vaso-vagal;
- (D) síndrome taqui-bradi;
- (E) crise convulsiva.



48 - Paciente de 16 anos, masculino, chega à emergência após episódio de síncope. Apresenta-se pálido e diaforético. PAS=60 mmHg; FC=260 bpm.



O diagnóstico mais provável é:

- (A) taquicardia ventricular monomórfica;
- (B) taquicardia ventricular polimórfica;
- (C) taquicardia supraventricular com aberrância;
- (D) fibrilação atrial com aberrância;
- (E) fibrilação atrial com pré-excitação.

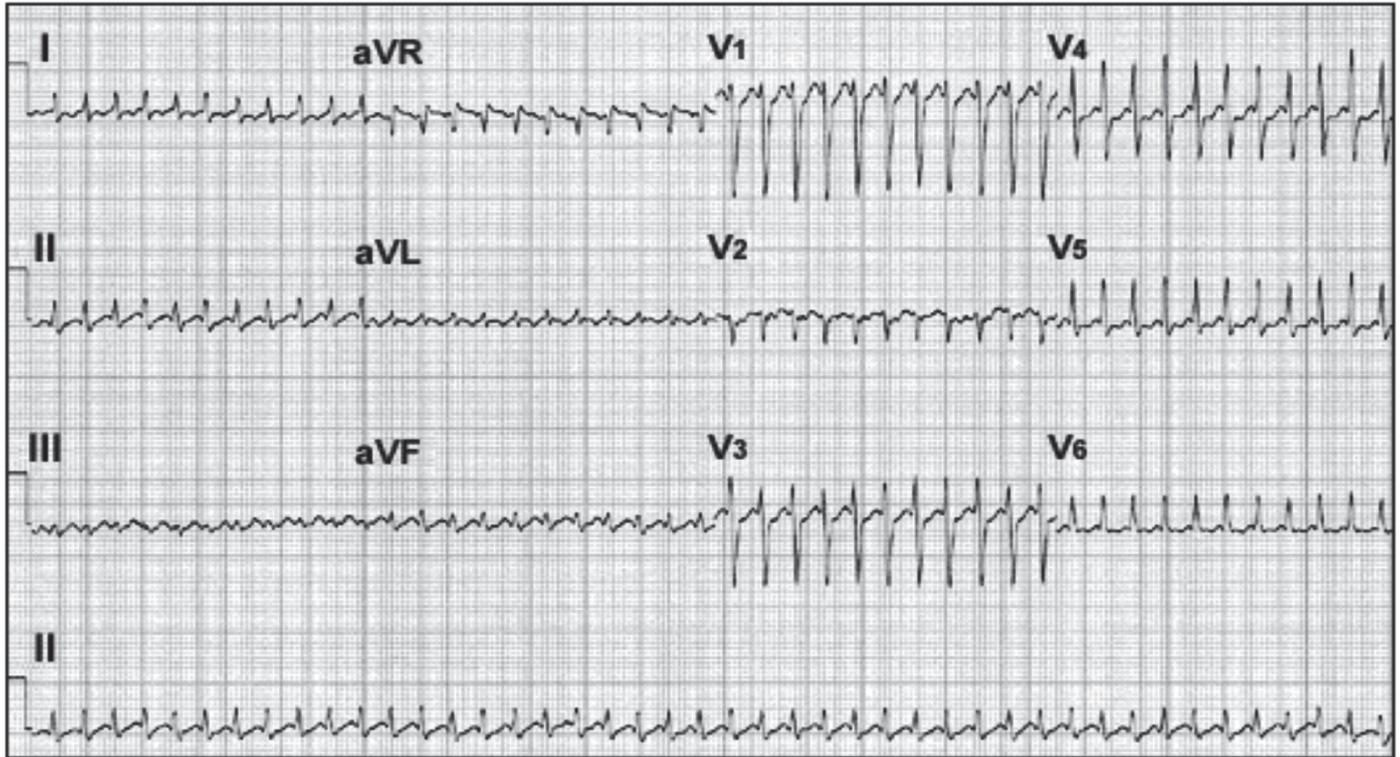
49 - Homem, 80 anos, hipertenso há 5 anos, sem tratamento, decidiu iniciar acompanhamento médico. Nega tabagismo e dor precordial. Refere discreta tonteira ao fazer sua caminhada matinal. Média da pressão arterial aferida em duas consultas diferentes e duas vezes em cada consulta foi de 142x88mmhg. Peso: 86 kg; Altura de 1,70m e FC de 36 bpm. Exame de fundo de olho: Grau I de Keith Wegner. Restante do Exame físico é normal.

Neste caso, a alternativa que aponta a relação correta entre diagnóstico e conduta é:

- (A) esse paciente está no grupo de 90% de hipertensos que não tratam e deve ser submetido ao implante de marcapasso definitivo do tipo DDDR;
- (B) podemos classificá-lo como tendo pressão arterial normal alta e o paciente deve ser submetido ao Holter para definição da arritmia da base;
- (C) a conduta adequada é indicar mudanças no estilo de vida e eletrocardiograma. Se houver BAV de 2º ou 3º grau no eletrocardiograma de repouso, um marcapasso do tipo DDD está indicado;
- (D) devemos iniciar tratamento com droga anti-hipertensiva, preferencialmente um inibidor da ECA e realizar um estudo eletrofisiológico. Se houver bloqueio supra-His, um marcapasso do tipo VVI está indicado;
- (E) a probabilidade desse paciente desenvolver um evento cardiovascular nos próximos dez anos, de acordo com a tabela de risco do Estudo de Framingham é maior que 20%. Por esta razão o paciente deverá ser internado o mais breve possível para implante de marcapasso do tipo AAI.



50 - Homem de 56 anos, com história médica progressiva pouco importante. Chega à sala de emergência com palpitações e tonteira. PA=105/80 mmHg. O seguinte ECG é registrado



O diagnóstico a ser levado em conta e a conduta a ser adotada são:

- (A) taquicardia supraventricular e manobra vagal;
- (B) taquicardia supraventricular e adenosina intravenosa;
- (C) taquicardia ventricular e cardioversão elétrica;
- (D) flutter atrial e cardioversão elétrica;
- (E) fibrilação atrial e amiodarona.



## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**Núcleo de Computação Eletrônica**  
**Divisão de Concursos**

**Endereço:** Av. Athos da Silveira Ramos, 274 - Ed. do CCMN, Bloco C e E  
Ilha do Fundão - Cidade Universitária - Rio de Janeiro/RJ

**Caixa Postal:** 2324 - CEP 20010-974

**Central de Atendimento:** (21) 2598-3333

**Informações:** Dias úteis, de 8 h às 17 h (horário de Brasília)

**Site:** [www.nce.ufrj.br/concursos](http://www.nce.ufrj.br/concursos)

**Email:** [concursoufrj09@nce.ufrj.br](mailto:concursoufrj09@nce.ufrj.br)