

CONVOCAÇÃO PARA 3^a CHAMADA DO CONCURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E PROGRAMA DE TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO MÉDICA EM OFTALMOLOGIA DO GRUPO OPTY DE 2026

O Hospital Oftalmológico de Brasília (HOB), Cirurgia Ocular São Cristóvão (COSC), Hospital de Olhos Ruy Cunha (DayHORC) e o UPO Hospital Dia de São Paulo, torna público a retificação da convocação para matrícula dos candidatos abaixo indicados, devendo os mesmos providenciar suas matrículas nos **dias 15 e 16 de dezembro de 2025**. Após este período serão considerados desistentes.

DayHORC – ITABUNA (4 vagas CBO)

Inscrição	Nome	Nota 1 ^a Fase	Inglês	Entrevista	Bônus	Nota 2 ^a Fase	Nota Final	Class
01002204	GABRIEL FERREIRA MONTEIRO	62,760	4,250	2,800	0,000	7,050	69,810	011
01003390	LUCAS MELHADO VIEIRA	63,633	3,000	3,000	0,000	6,000	69,633	012

UPO – SÃO PAULO (3 vagas Estágio)

Inscrição	Nome	Nota 1 ^a Fase	Inglês	Entrevista	Bônus	Nota 2 ^a Fase	Nota Final	Class
01002153	EDUARDO EUGENIO CORREIA MUNIZ BARRETO	63,002	4,000	3,000	0,000	7,000	70,002	011
01002204	GABRIEL FERREIRA MONTEIRO	63,002	4,250	2,500	0,000	6,750	69,752	012

Conforme o Edital do Concurso as matrículas poderão ser feitas **on-line** ou **presencial**.

Matrícula online: Os candidatos convocados deverão preencher a **Ficha de Matrícula** anexo nesse Edital de Convocação em seguida devem encaminhar a ficha de matrícula e as cópias dos seguintes documentos listados abaixo para o e-mail conforme o serviço que foi aprovado.

COSC – coremecosc@gmail.com

HOB – ceora.hob@gmail.com

DAYHORC – especializacaomedica@dayhorc.com.br

UPO – ceora.hob@gmail.com

Matrícula presencial: Os candidatos convocados deverão preencher a **Ficha de Matrícula** anexo nesse Edital de Convocação em seguida devem levar a ficha de matrícula e as cópias dos seguintes documentos listados abaixo para o endereço do serviço que foi aprovado.

HOB: SGAS II St. de Grandes Áreas Sul 607 - Asa Sul, Brasília/DF

UPO: Av. Indianópolis 489, Moema, São Paulo/SP

COSC: Rua São Januário, 153 - São Cristóvão, Rio de Janeiro/RJ

DAYHORC: Rua Ruffo Galvão, 274, Centro, Itabuna/BA.

Documentos (cópias):

- Certificado expedido pela SEGTEs ou cópia do Diário Oficial da União - DOU, comprovando que concluiu no mínimo um ano do PROVAB, com **conceito satisfatório**;
- Uma cópia autenticada da Carteira de Identidade – **RG** e Cadastro de Pessoa Física – **CPF**;
- Uma cópia autenticada do CRM de onde irá prestar a residência ou especialização, caso ainda não tenha, entregar uma cópia autenticada do CRM de **origem**;
- Uma cópia autenticada do Diploma de graduação ou uma declaração de conclusão do curso de medicina;
- Candidatos brasileiros que terminaram curso no estrangeiro deverão apresentar cópia autenticada do diploma revalidado em Instituição Pública reconhecida pelo MEC;

- f) Três fotos 3 x 4;
- g) Cartão do SUS (**Caso não possua emitir pelo site <http://cartaosus.com.br/cartao-sus-online.html>**;
- h) Uma cópia autenticada do Título de eleitor;
- i) Uma cópia do PIS (**ou documento que comprove o mesmo ex: Documento da Caixa Econômica Federal**);
- j) Comprovante de Residência. Exemplo: Água, Luz, Telefone, Etc. (**Com CEP**);
- k) Certificado de Reservista (**Para Homens**);
- l) Uma cópia da Certidão de Nascimento dos filhos ou carteira de identidade e CPF (qualquer idade);
- m) Uma cópia da Carteira de Vacinação dos filhos menores de 7 anos;
- n) Uma cópia do comprovante de frequência escolar do filho (maior que 7 anos e menor que 14 anos);
- o) Uma cópia da Documentação de identificação dos pais – RG;
- p) Certidão de Casamento ou Certidão de União Estável - caso conviva sobre essa condição (**São necessários os seguintes dados do cônjuge, nome completo, data de nascimento, CPF, RG – com data de emissão, nome da mãe completo**);

Documentos adicionais para estrangeiros (cópias):

- a) Diploma e revalidação de diploma;
- b) Certificado de proficiência em Língua Portuguesa CELPE-Brasil;
- c) Visto de permanência.

**CONCURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E PROGRAMA DE TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO MÉDICA EM
OFTALMOLOGIA DO GRUPO OPTY DE 2026**

FICHA DE PRÉ-MATRÍCULA

NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE:
NATURALIDADE:	UF:	NACIONALIDADE:
ESTADO CIVIL:		
Nº DO CRM:		
Nº CPF:		
Nº RG:	ORGÃO EXP.:	
ENDEREÇO:		
CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE RESIDENCIAL:		CELULAR:
E-MAIL:		
NOME PAI:		
NOME DA MÃE:		
Diplomado (a) em:		Universidade:
Solicitação de pontuação adicional PROVAB ou PRMGFC <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Registre-se. Publique-se e cumpra-se.

Brasília, 12 de dezembro de 2025.

*Dr. Wilson Takashi Hida
Coordenador COREME – HOB*

*Dra. Camila Ribeiro Koch
Coordenadora COREME – DAYHORC*

*Dr. Victor Cerqueira
Coordenador do COSC*

*Dr. Caio Regatieri
Coordenador do Estágio – UPO Hospital Dia – Oftalmologia*