

## CONVOCAÇÃO PARA 9ª CHAMADA DO CONCURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E PROGRAMA DE TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO MÉDICA EM OFTALMOLOGIA DO GRUPO OPTV 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 convocação para matrícula dos candidatos abaixo indicados, devendo os mesmos providenciarem suas matrículas nos dias 24 e 25 de fevereiro de 2026. Após este período serão considerados

### HOB – BRASÍLIA (8 vagas MEC/CBO)

| Inscrição | Nome                      | Nota 1ª Fase | Inglês | Entrevista | Bônus | Nota 2ª Fase | Nota Final | Class |
|-----------|---------------------------|--------------|--------|------------|-------|--------------|------------|-------|
| 01000398  | CLARA DINIZ MACHADO NUNES | 63,234       | 4,000  | 2,700      | 0,000 | 6,700        | 69,934     | 014   |

### DayHORC – ITABUNA (4 vagas CBO)

| Inscrição | Nome                             | Nota 1ª Fase | Inglês | Entrevista | Bônus | Nota 2ª Fase | Nota Final | Class |
|-----------|----------------------------------|--------------|--------|------------|-------|--------------|------------|-------|
| 01002464  | LAYANA PATRÍCIA DE PAIVA MARQUES | 61,888       | 3,500  | 2,700      | 0,000 | 6,200        | 68,088     | 017   |

### UPO – SÃO PAULO (3 vagas Estágio)

| Inscrição | Nome                             | Nota 1ª Fase | Inglês | Entrevista | Bônus | Nota 2ª Fase | Nota Final | Class |
|-----------|----------------------------------|--------------|--------|------------|-------|--------------|------------|-------|
| 01002464  | LAYANA PATRÍCIA DE PAIVA MARQUES | 62,135       | 3,500  | 1,800      | 0,000 | 5,300        | 67,435     | 021   |
| 01003788  | VITOR HUGO ZIMMER SERGIO         | 61,269       | 3,000  | 2,100      | 0,000 | 5,100        | 66,369     | 022   |

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**;

- c) 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**;
- d) Uma cópia autenticada do Diploma de graduação ou uma declaração de conclusão do curso de medicina;
- e) 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:         | SEXO: |
| 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<br>(   ) SIM   (   ) NÃO |             |                |       |

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

*Brasília, 23 de fevereiro de 2026.*

*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*