

CONVOCAÇÃO PARA 4ª 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 convocação para matrícula dos candidatos abaixo indicados, devendo os mesmos providenciar suas matrículas nos dias 18 e 19 de dezembro de 2025. Após este período serão considerados desistentes.

DayHORC – ITABUNA (4 vagas CBO)

Inscrição	Nome	Nota 1ª Fase	Inglês	Entrevista	Bônus	Nota 2ª Fase	Nota Final	Class
01002153	EDUARDO EUGENIO CORREIA MUNIZ BARRETO	62,760	4,000	2,500	0,000	6,500	69,260	013

UPO – SÃO PAULO (3 vagas Estágio)

Inscrição	Nome	Nota 1ª Fase	Inglês	Entrevista	Bônus	Nota 2ª Fase	Nota Final	Class
01000940	JOSÉ RENATO ANDRADE CUSTÓDIO	62,135	4,250	3,000	0,000	7,250	69,385	014
01001024	JÚLIA VELOSO ROMÃO	61,269	4,250	3,000	0,000	7,250	68,519	016

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

Matricula online: Os candidatos convocados deverão preencher a **Ficha de Matricula** anexo nesse Edital de Convocação em seguida devem encaminhar a ficha de matricula 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

Matricula presencial: Os candidatos convocados deverão preencher a **Ficha de Matricula** anexo nesse Edital de Convocação em seguida devem levar a ficha de matricula 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:	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 () SIM () NÃO			

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

Brasília, 17 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*