

## CONVOCAÇÃO PARA 15ª 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 providenciarem suas matrículas nos dias 10 e 11 de março 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
01000940	JOSÉ RENATO ANDRADE CUSTÓDIO	61,411	4,250	2,000	0,000	6,250	67,661	028

### DayHORC – ITABUNA (4 vagas CBO)

Inscrição	Nome	Nota 1ª Fase	Inglês	Entrevista	Bônus	Nota 2ª Fase	Nota Final	Class
01001186	LEONARDO SILVA PONTES	59,270	3,750	3,000	0,000	6,750	66,020	024

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;
- Três fotos 3 x 4;
- 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**

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

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

*Brasília, 09 de março 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*