

## CONVOCAÇÃO PARA 6ª 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 do candidato abaixo indicado, devendo o mesmo providenciar sua matrícula nos **dias 06 e 07 de janeiro de 2026**. Após este período será considerada desistente.

### COSC – RIO DE JANEIRO (3 vagas MEC)

Inscrição	Nome	Nota 1ª Fase	Inglês	Entrevista	Bônus	Nota 2ª Fase	Nota Final	Class
01002204	GABRIEL FERREIRA MONTEIRO	62,868	4,250	3,000	0,000	7,250	70,118	013

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** – especializaommedica@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;
- Três fotos 3 x 4;
- Cartão do SUS (**Caso não possua emitir pelo site** <http://cartaosus.com.br/cartao-sus-online.html>);
- Uma cópia autenticada do Título de eleitor;
- Uma cópia do PIS (**ou documento que comprove o mesmo ex: Documento da Caixa Econômica Federal**);
- Comprovante de Residência. Exemplo: Água, Luz, Telefone, Etc. (**Com CEP**);
- Certificado de Reservista (**Para Homens**);
- 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>  (   ) SIM   (   ) NÃO			

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

*Brasília, 05 de janeiro 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*