

**EDITAL DO PROCESSO DE SELEÇÃO PARA DE APERFEIÇOAMENTO  
(Fellowship) em Oftalmologia 2023**

**EDITAL Nº 01, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2022**

O Serviço de Oftalmologia do AARH - Hospital São Julião torna pública as inscrições para o processo seletivo do **Programa de Aperfeiçoamento em Oftalmologia (Fellowship) não remunerado** – formação complementar especializada nas seguintes subespecialidades da Oftalmologia:

<b>NÚMERO DE VAGAS</b>		<b>Duração</b>
<b>Córnea Clínica e Cirúrgica</b>	01	2 anos
<b>Glaucoma Clínica e Cirúrgica</b>	01	1 ano
<b>Retina Clínica e Cirúrgica</b>	01	2 anos

**I INSCRIÇÕES:**

1. DATA: **02/01/2023 a 31/01/2023.**

**Inscrição:** As Inscrições poderão ser realizadas até **às 15h45min.** pelo e-mail: [coreme@saojuliao.org.br](mailto:coreme@saojuliao.org.br) ou pessoalmente pelo(a) candidato(a).

O candidato(a) deve especificar na inscrição para qual subespecialidade está se inscrevendo através do preenchimento da ficha de inscrição anexo1.

2. **Relação de documentos:**

- a) Cópia do CRM;
- b) Cópia do Certificado ou Declaração da Residência Médica em Oftalmologia (para alunos que estão concluindo o 3º ano da residência médica, apresentar declaração do(a) coordenador(a) do curso);
- c) Currículo

**OBS.:** As documentações podem ser enviadas de forma digital, porém o currículo deve ser levado impresso no dia da prova/entrevista.

**II - SELEÇÃO**

A seleção dos candidatos será realizada através de:

- a) Entrevista;
- b) Análise de currículo.
- c)

**LOCAL:** Auditório da Unidade Cirúrgica – AARH Hospital São Julião

**ENTREVISTA:** 04/02/2023 às 9h.

**ANÁLISE DE CURRÍCULO:** será feita posteriormente pela banca examinadora do Serviço de Oftalmologia do Hospital São Julião.

### **III. RESULTADOS:**

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS: **15/02/2023.**

### **IV. DA MATRÍCULA:**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAR O PROGRAMA DE APERFEIÇOAMENTO

1. cópia legível da Cédula de Identidade (RG);
2. cópia legível do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
3. cópia legível do Diploma/ certificado em Oftalmologia (frente e verso) ou declaração, com data recente de que concluiu e foi aprovado a Residência Médica em Oftalmologia, expedido por escola Médica do Brasil e conforme reconhecimento do Ministério da Educação – MEC ou pelo Conselho Brasileiro em Oftalmologia – CBO;
4. cópia legível do CRM-MS;
5. Documento de **aprovação** da prova de Especialista em Oftalmologia do Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO.

### **PROGRAMA DE APERFEIÇOAMENTO / SUBESPECIALIZAÇÃO (FELLOWSHIP) EM OFTALMOLOGIA**

Os candidatos aprovados deverão estar cientes que suas atividades compreendem:

1. Atendimento Ambulatorial da subespecialidade conforme escala de horários definido pelo Serviço de Oftalmologia do Hospital São Julião.
2. Procedimentos cirúrgicos da subespecialidade.
3. Auxílio e orientação aos demais fellow e residentes do Serviço de Oftalmologia do Hospital São Julião, tanto na área clínica quanto cirúrgica.
4. Participação em todas as atividades teóricas/científicas e assistenciais (mutirões/campanhas) requisitadas pelo Serviço de Oftalmologia do Hospital São Julião.
5. Acompanhar os preceptores em outras instituições conforme definido pelo Serviço de Oftalmologia do Hospital São Julião.

#### **Avaliação:**

- Será realizada pelo coordenador do Programa a cada 6 meses

- Será baseada nos seguintes critérios:

1. Performance, postura e conhecimento durante as atividades clínicas, cirúrgicas e científicas;
2. Pontualidade;
3. Pró atividade;
4. Apresentação de Aulas, Artigos e Participação em Congressos;
5. Participação e Auxílio das atividades do Serviço de Oftalmologia do Hospital São Julião;

## **Conclusão e Certificado:**

Após cumprir todo o Programa de Subespecialização em Oftalmologia e tendo sido aprovado pelo coordenador do programa, o aluno receberá o Certificado de Conclusão do Programa com carga horária e demais informações necessárias.

## **COORDENADORES**

### **Coordenador Geral do Serviço de Oftalmologia do Hospital São Julião**

MARCOS ROGÉRIO MISTRO PICCININ

### **Coordenadora do Programa de Córnea Clínica e Cirúrgica**

CAMILA KARIM NAKASE YAMASATO TAMASHIRO

### **Coordenador do Programa de Glaucoma Clínico e Cirúrgico**

EDUARDO DE LACERDA FERREIRA

### **Coordenador do Programa de Retina Clínica e Cirúrgica**

MARCO BONINI FILHO

**Ficha de inscrição**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: Fixo: (    ) \_\_\_\_\_ ou (    ) \_\_\_\_\_

Celular: (    ) \_\_\_\_\_ ou (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Data de expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Instituição de conclusão da residência em Oftalmologia:

\_\_\_\_\_

Data da Conclusão da Residência em Oftalmologia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Subespecialidade escolhida:**

(    ) Córnea Clínica e Cirúrgica

(    ) Glaucoma Clínica e Cirúrgica

(    ) Retina Clínica e Cirúrgica