



FELLOWSHIP CATARATA 2025

O Hospital do Olho RJ oferece, através do seu Programa de Fellowship, oportunidade para o desenvolvimento e aprimoramento clínico e cirúrgico de médicos oftalmologistas no setor de catarata.

1. PROGRAMA

- Duração de um ano (de março 2025 a março 2026)
- Carga horária de 36 horas semanais, divididos em ambulatório e centro cirúrgico em nossas unidades no Rio de Janeiro (São João de Meriti, Nilópolis, São Pedro da Aldeia, Magé e Centro do Rio);
- 10 vagas disponíveis;
- Bolsa-auxílio por produtividade.

2. INSCRIÇÕES

As inscrições serão recebidas pelo email fellowhospitaldoolho@gmail.com

até o dia 05/01/25

Documentos Exigidos:

- Ficha de Inscrição (em anexo I);
- Cópia da carteira do Conselho Regional de Medicina;
- Currículo;

Os documentos citados acima deverão ser enviados digitalizados.

3. SELEÇÃO

O Processo Seletivo obedecerá às seguintes etapas:

1ª ETAPA – ANÁLISE CURRICULAR: Será verificado, através da análise do currículo, se a experiência informada está de acordo com o exigido para a vaga no qual o candidato está inscrito. A não conformidade com estas exigências acarretará na eliminação do candidato. Inscrições com informações incompletas serão desclassificados.

2ª ETAPA – ENTREVISTA:

- a) A entrevista será individual;
- b) Os classificados para 2ª etapa receberão por email e/ou telefone o local, data e horário da entrevista;
- c) O não comparecimento à entrevista, qualquer que seja o motivo, caracterizará desistência do candidato e resultará em sua eliminação do Processo Seletivo.

4. RESULTADO

Será considerado aprovado no processo seletivo o candidato, aprovado na análise curricular e entrevista com os coordenadores do programa. O resultado final será divulgado até o dia 14 de fevereiro de 2025 através de email e/ou telefone.

5. MATRÍCULA

A Matrícula será efetuada mediante preenchimento e assinatura do Contrato Educacional disponibilizados pelo Hospital do Olho.

Dúvidas ou mais informações entrar em contato através do email:

fellowhospitaldoolho@gmail.com

Dr. Guilherme Vieira Romeiro

Coordenador do programa de fellowship

ANEXO I
FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Natural de: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

RG: _____ Emissão: _____ em ____/____/____

CPF: _____

CRM: _____

Residência em oftalmologia (local e ano de conclusão):

Endereço: _____

Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____

Celular: (____) _____

E-mail: _____