

**EDITAL DO PROCESSO DE SELEÇÃO PARA DE APERFEIÇOAMENTO
(Fellowship) em Oftalmologia 2022**

EDITAL Nº 01, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2021

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:

NÚMERO DE VAGAS		Duração
Córnea Clínica e Cirúrgica	01	2 anos
Glaucoma Clínica e Cirúrgica	01	1 ano
Retina Clínica e Cirúrgica	01	2 anos

I INSCRIÇÕES:

1. DATA: **15/12/2021 a 29/01/2022.**

Inscrição: As Inscrições poderão ser realizadas até **às 15h30min.** pelo e-mail: 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) Prova de conhecimentos na subespecialidade;
- b) Entrevista;
- c) Análise de currículo;

PROVA: 05/02/2022 às 08h.

DURAÇÃO: 2 horas

LOCAL: Auditório da Unidade Cirúrgica – AARH Hospital São Julião

ENTREVISTA: 05/02/2022 às 10h.

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

III. RESULTADOS:

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS: **10/02/2022.**

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;

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

Coordenador do Programa de Glaucoma Clínico e Cirúrgico

EDUARDO DE LACERDA FERREIRA

Coordenador do Programa de Retina Clínica e Cirúrgica

MARCO BONINI FILHO

ANEXO 1

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