



Centro de Estudo do Hospital Monumento e Blue Eye Oftalmologia
Fellowship 2026

Orientações sobre Fellow em nosso serviço

Estão abertas inscrições para fellow nos setores:

- Catarata
- Retina Clínica
- Patologia Externa e Córnea
- Cirurgia Refrativa (pré-requisito: 1 ano de córnea)

Inscrições:

1. **Valor da inscrição:** R\$ 200,00
2. **Período de inscrição:** 02/12/2025 à 23/01/2026
3. **Local de Inscrições:**
HOSPITAL MONUMENTO
Rua Lima e Silva, 985 – Ipiranga
Tel.: 29152277 / 953110310 com GRAZIELA
Horário: 8h00 as 15h00
4. **Número de Vagas:** de acordo com o setor
5. **Data da prova: 30/01/2026 – 17h00**
Local: HOSPITAL MONUMENTO
Rua Lima e Silva, 985 – Ipiranga / **ANFITEATRO**

▪ **Documentos necessários para inscrição:**

- Formulário preenchido
- Declaração de conclusão do curso de 3 anos de especialização em oftalmologia (**Para cirurgia refrativa** é obrigatório além dos 3 anos de oftalmologia, 1 ano de fellow em Córnea e Patologia Externa)
- 1 Cópia do CRM
- 1 fotos 3x4
- 1 currículo completo para avaliação da banca
- Comprovante de depósito (no caso de inscrição via correio, enviar o Xerox para que seja comprovada a inscrição caso haja extravio de documentos)



Banco Itaú

Nome: Blue Eye Serviços Médicos Ltda

Pix: 39.157.762.0001-31 CNPJ

Agencia 2961

C/C: 27300-6

Em caso de depósito no caixa eletrônico, favor identificar.

6. É possível fazer a inscrição via correio enviando todos os documentos para o endereço a seguir com a folha de inscrição preenchida:

Hospital Monumento

A/C: GRAZIELA – SETOR DE OFTALMOLOGIA

Rua Lima e Silva, 985 – Ipiranga – SP/SP – CEP 04215-020

7. Maiores informações: graziela.luna@gmail.com

8. Duração e carga horária:

Todos cursos tem duração de 1 ano.

A carga horária e dias de atendimento serão definidos após a aprovação.

Em média, são necessários no mínimo 4 períodos de atendimento.



Foto 3x4

Estágio em Oftalmologia – FELLOW 2026
Centro de Estudo do Hospital Monumento

Ficha de Inscrição – 2026

Nome: _____ Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone para contato: (____) _____/(____) _____

Email: _____

Faculdade: _____

Ano de formação: _____ CRM: _____

Residência médica (local): _____

R.G.: _____ CPF: _____

Estado Civil: _____

Setor de interesse: _____

Comprovante de Inscrição:

Nome: _____

Data: ____/____/____ Recebido por: _____

Prova dia: **30/01/2026** Horário: **17h00 - ANFITEATRO**

Local da Prova: HOSPITAL MONUMENTO

Rua Lima e Silva, 985 – Ipiranga

Maiores informações: graziela.luna@gmail.com – Graziela