

TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Luziânia-GO, ____ de _____ de 2024

Nome da clínica:

CNPJ:

Endereço:

Bairro:

Telefone:

E-mail:

Eu, _____ Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO sob o nº _____, declaro para todos os fins necessários, que realizei o procedimento de ovariossalpingo-histerectomia/orquiectomia no animal abaixo informado. Declaro ainda que não houve qualquer complicação durante o procedimento cirúrgico e que este foi realizado através de técnica minimamente invasiva, de acordo com o que preconiza o edital deste programa de castração.

Como forma de comprovação da veracidade das declarações informadas, as fotos da pesagem do animal durante o pré-cirúrgico e do animal em recuperação no pós-cirúrgico serão anexadas a este termo, bem como a assinatura do responsável pelo animal.

Anexo 1: Foto da pesagem do animal

Anexo 2: Foto da recuperação pós-cirúrgica

Nome do Médico Veterinário
CPF e CRMV

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do animal:

Nº da inscrição no Programa:

Nome do tutor:

CPF do tutor:

Eu, tutor do animal castrado, declaro, para todos os fins de direito, que o procedimento de castração do meu animal, foi realizado na clínica e pelo médico veterinário acima informados.

Assinatura do Tutor