



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 19/03/2026

Clínica: SAÚDE ANIMAL

EU, CAMILA SOUZA COELHO

Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO sob o nº 10603, declaro para todos os fins necessários, que realizei o procedimento de ovarioalpingo-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.


CAMILA SOUZA COELHO
CRMV-GO Nº 10603
CPF: 01730034195

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: Maia

Inscrição: 27518

Nome do Tutor: ASSOCIAÇÃO COMPANHEIRO DE PATA

CPF/Tutor: 46.400.850/0001-88

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 responsável.



Documento assinado eletronicamente
JAQUELINE APARECIDA TEIXEIRA DE SOUSA
Data: 21/03/2026 15:41:33 -0300
Validar em: <https://validar.ic.gov.br/>

Assinatura do Tutor