



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 02/04/2026

Clinica: 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 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.

CAMILA SOUZA COELHO

CRMV-GO Nº 10603

CPF: 01730034195

Camila Coelho
Médica Veterinária
CRMV-GO 10603

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: Chiquinho

Inscrição: 28070

Nome do Tutor: Iara Ijuma Cardoso

CPF/Tutor: 019.429.081-64

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