



## TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



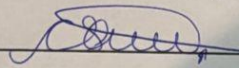
Luziânia-GO, 18/04/2026

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 ovariosalpingo-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

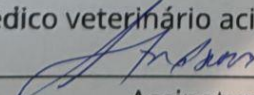
Nome do Animal: João

Inscrição: 28677

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 acima informados.

  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do Tutor

