



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



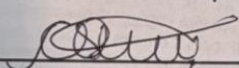
Luziânia-GO, 17/04/2026

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 Coelho
Médica Veterinária
CRMV-GO 10603

CAMILA SOUZA COELHO

CRMV-GO Nº 10603

CPF: 01730034195


Dr. João Paulo A. T. Nunes
Médico Veterinário
CRMV-GO 4945

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

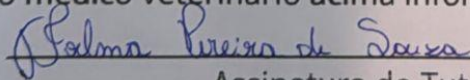
Nome do Animal: boby

Inscrição: 28564

Nome do Tutor: DELMA PEREIRA DE SOUZA

CPF/Tutor: 015.510.385-79

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

