



# TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 30/04/2026

Clinica: SAÚDE ANIMAL

Eu, JOAO PAULO A T NUNES  
Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO  
sob o nº 04043, 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.

  
\_\_\_\_\_  
JOAO PAULO A T NUNES  
CRMV-GO Nº 04043  
CPF: 00043815138

  
\_\_\_\_\_  
Camila Coelho  
Médica Veterinária  
CRMV-GO 15623

## DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

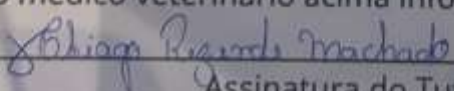
Nome do Animal: Salém

Inscrição: 28880

Nome do Tutor: Thiago rezende machado

CPF/Tutor: 714.070.861-46

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