



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 11/06/2026

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

• NOT ACTIVATED • PREVIEW •

Dr. João Paulo A. T. Nunes
Médico Veterinário
CRMV-GO 04043

JOAO PAULO A T NUNES

CRMV-GO Nº 04043

CPF: 00043815138

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: Chavante

Inscrição: 29856

Nome do Tutor: Irenilce viana Rodrigues da Silva

CPF/Tutor: 027.424.263-02

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