



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 22/06/2026

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 • NOT ACTIVATED • PREVIEW • pelo animal.

Camila Souza Coelho
CRMV-GO N° 10603
CPF: 01730034195

Dr. João Paulo A. T. Neto
Médico Veterinário
CRMV-GO

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: Espoleta

Inscrição: 30183

Nome do Tutor: Vinícius Vasques Magri

CPF/Tutor: 706.043.501-80

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