



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luiziânia-GO, 28/07/2026

Clinica: SAÚDE ANIMAL

Eu, JOAO PAULO A T NUNES
Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO
sob o nº 4043, 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 4043
CPF: 00043815138

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: Panterinha

Inscrição: 31172

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.



Documento assinado digitalmente

JAQUELINE APARECIDA TEIXEIRA DE SOUSA

Data: 29/07/2026 12:31:37 -0300

Verifique em <https://validar.jb.gov.br>