



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 13/01/2026

Clinica: GATO.CAO

Eu, JHONATAN DIMAS DA SILVA

Médico Veterinário da Clínica Supracitada, inscrito no CRMV-GO sob o nº 3032, declaro para todos os fins necessários, que realizei o procedimento de castração (Vulgo-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 desse 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.

JHONATAN DIMAS DA SILVA

CRMV-GO Nº 3032

CPF: 03301938194

DADOS DO TUTOR DO ANIMAL:

Nome do Animal: CUTO

Inscrição: 24438

Nome do Tutor: Elisiele Torres de Souza

CPF/Tutor: 033.913.701-3

*Cachorro M
14,2KG*

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.

Elisiele P. Santana

Assinatura do Tutor