



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia GO, 09/01/2026

Clinica: GATO.CAO

Eu, Jhonatan dimas da silva
Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO
sob o nº 8032, declaro para todos os fins necessários, que realizei
o procedimento de ovariossalpingo-histerectomia/orquilectomia 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.

Jhonatan dimas da silva

CRMV-GO Nº 8032

CPF: 03501588194

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: OTTO SANTANA

Inscrição: 24288

Nome do Tutor: GARDENIA DOS SANTOS ARAUJO

CPF/Tutor: 027.503.603-07

DOG macho
5,5 kg

Eu, tutor do animal castrado, declaro, para todos os fins de direito
que o procedimento de castração do meu animal, foi realizado
clínica e pelo médico veterinário acima informados.

Gardenia dos Santos Araujo

Assinatura do Tutor