



# TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 05/01/2026

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 ovariosalpingo-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.

---

JHONATAN DIMAS DA SILVA

CRMV-GO Nº 8032

CPF: 03501588194

## DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: KIARA

Inscrição: 24156

Nome do Tutor: MARILEIDE ALVES DE SOUZA

CPF/Tutor: 019.126.861-55

*data fêmea*

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.

*Marleide Alves de Souza*

Assinatura do Tutor