

TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 29/01/2026

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/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: Raika Rocha

Inscrição: 25123

Nome do Tutor: Maria Francisca Rocha

CPF/Tutor: 432.067.601-78

*Cadela  
5,7KG*

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.

*Maria Francisca Rocha*

Assinatura do Tutor