



# TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 06/03/2026

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: Mel

Inscrição: 26510

Nome do Tutor: Leticia de Sousa Santos

CPF/Tutor: 079.718.141-51

*Anal. Carlos*  
*4 Kg*

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.

Leticia de Sousa Santos  
Assinatura do Tutor