



# TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 27/04/2026

Clínica: GATO.CAO

**JHONATAN DIMAS DA SILVA**

Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO sob o nº 0832, 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 0832  
CPF: 03501588194

## DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: Gordinha

Inscrição:

Nome do Tutor: MANUELLA NICOLE ROCHA MARQUES

CPF/Tutor: 049.887.921-61

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.

Manuella Nicole R. Marques

Assinatura do Tutor