



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 06/03/2026

Clinica: GATO.CAO

Eu, JHOANATAS 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 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.

JHOANATAS DIMAS DA SILVA

CRMV-GO Nº 0832

CPF: 03501589194

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: SOL

Inscrição: 26533

Nome do Tutor: IETICIA BARROS CAVALCANTE

CPF/Tutor: 029.961.371-24

*Gata x
3.º - RG*

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.

Ieticia B. Cavalcante

Assinatura do Tutor