TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Luziânia-GO,08/05/2026

Clinica: GATO.CAO

Eu, JHONATAN DIMAS DA SILVA
Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO sob o n° 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 mimimamente 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

Gato 8
Peso 4.4

Nome do Animal: Pichana
Inscrição: 29121
Nome do Tutor: Gisleide Torres de Lima
CPF/Tutor: 859.903.701-30

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.

Saul Alves Dourado
Assinatura do Tutor