



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Clinica: GATO.CAO

Luziânia-GO, 15/06/2026

Eu, 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: Chefinho

Inscrição: 30068

Nome do Tutor: Ana Paula cordeiro costa

CPF/Tutor: 026.316.261-33

Cardeiro

2-8

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.

Assinatura do Tutor