



# COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Clinica: GATO.CAO

Luziânia-GO, 22/06/2026

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: 03501522194

## DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: LILICA

Inscrição: 30223

Nome do Tutor: JOZIAS ANGELO TAVARES

CPF/Tutor: 736.500.801-68

Cachorro  
8.8

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.

Gláucia Flávia da Silva

Assinatura do Tutor