



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Clinica: GATO.CAO

Luziânia-GO, 08/06/2026

Eu, JHOANATAN DIMAS DA SILVA
Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO
sob o nº 0892, 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.

JHOANATAN DIMAS DA SILVA

CRMV-GO Nº 0892

CPF: 03501588194

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: nala

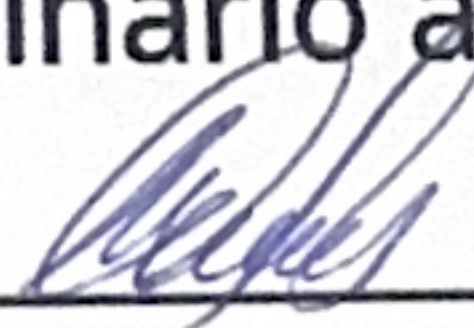
Inscrição: 29882

Nome do Tutor: nilvania clemente pereira rodrigues

CPF/Tutor: 930.211.861-49

Cachorro
F 26.5

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