

TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 06/07/2026

a: GATO.CAO

HOANATAN DIMAS DA SILVA

Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO
nº 8032, declaro para todos os fins necessários, que realizei
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
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 8032

CPF: 03501588194

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: chena

Inscrição: 30522

Nome do Tutor: WELLINGTON ROCHA DE PAULA

CPF/Tutor: 011.756.231-99

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.

Wellington Rocha Paula

Assinatura do Tutor