

TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 06/07/2026

TO.CAO

NATAS DIMAS DA SILVA

Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO
º 8035, declaro para todos os fins necessários, que realizei
edimento de ovariosalpingo-histerectomia/orquiectomia no
abaixo informado. Declaro ainda que não houve qualquer
licação durante o procedimento cirúrgico e que este foi
zado através de técnica minimamente invasiva, de acordo com
e preconiza o edital deste programa de castração.
no forma de comprovação da veracidade das declarações
ormadas, as fotos da pesagem do animal durante o pré-cirúrgico
o animal em recuperação no pós-cirúrgico serão anexadas a este
mo, bem como a assinatura do responsável pelo animal.

JHONATAS DIMAS DA SILVA

CRMV-GO Nº 8035

CPF: 03501588194

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

4-3

Nome do Animal: china

Inscrição: 30520

Gato

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 R. de Paula

Assinatura do Tutor