



TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Clinica: GATO.CAO

Luziânia-GO, 06/07/2026

Eu, JHONATAS DIMAS DA SILVA
Médico Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO
sob o nº 8032, 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.

JHONATAS DIMAS DA SILVA
CRMV-GO Nº 8032
CPF: 03501588194

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: Fadinha

Inscrição: 30550

Nome do Tutor: Antônia Moura

CPF/Tutor: 788.073.361-20

2.8 kg
gato

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.

SABRYNA PEREIRA MOURA

Assinatura do Tutor