

TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 13/07/2026

ra: GATO.CAO

JHONATAS 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.

JHONATAS DIMAS DA SILVA

CRMV-GO Nº 8032

CPF: 03501588194

25.4

Cacharora

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: JADE

Inscrição: 30713

Nome do Tutor: GLORIA LETICIA DA SILVA

CPF/Tutor: 057.600.631-97

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.

Gloria Leticia da Silva

Assinatura do Tutor