

TERMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 13/07/2026

ATO.CAO

NATAS DIMAS DA SILVA

Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO nº 8035, declaro para todos os fins necessários, que realizei o procedimento de ovariosalpingo-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 preconiza o edital deste programa de castração. No forma de comprovação da veracidade das declarações firmadas, 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 8035

CPF: 03501588194

DADOS DO TUTOR E DO ANIMAL

Nome do Animal: Mel

Inscrição: 30699

Nome do Tutor: Raphaella ohana cordeiro brito

CPF/Tutor: 603.262.303-35

Como
19.3

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.

Raphaella Ohana C. Brito

Assinatura do Tutor