

FORMO DE COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



Luziânia-GO, 13/07/2026

D.CAO

JHONATAS DIMAS DA SILVA

Veterinário da Clínica supracitada, inscrito no CRMV-GO
8035, declaro para todos os fins necessários, que realizei
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.

A forma de comprovação da veracidade das declarações
feitas, as fotos da pesagem do animal durante o pré-cirúrgico
e do animal em recuperação no pós-cirúrgico serão anexadas a este
formo, 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: Nina

Inscrição: 30705

Nome do Tutor: Alaide Xavier da Rocha

CPF/Tutor: 640.969.041-04

Cachorra
13.9

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.

Assinatura do Tutor