



Rua Esmeralda, 786 – Bairro Prado – Belo Horizonte – MG - Cep 30411-191  
Tel: (31)3371-5630 / www.ipeve.com.br / atendimento@ipeve.com.br

### FICHA DE ORDEM DE SERVIÇO / TERMO DE RECEPÇÃO

<b>1. Setor: SUÍNO</b>		Data da chegada ____/____/____ Horas: _____	
<b>2. PROPRIETÁRIO:</b>			
Propriedade: _____			
<b>End. Corresp:</b>			
Bairro: _____		Município: _____	UF: _____
CEP: _____		E-mail: _____	
CNPJ/CPF: _____		IE/PR: _____	
Fone: ( ) _____		Fax: ( ) _____	Cel: ( ) _____
<b>3. VET. RESPONSÁVEL PELA GRANJA:</b>			<b>CRMV:</b>
Endereço: _____			
Bairro: _____		Município: _____	UF: _____
CEP: _____		E-mail: _____	
Fone: ( ) _____		Fax: ( ) _____	Cel: ( ) _____
<b>4. REMETENTE:</b>			<b>CRMV (quando aplicável):</b>
Endereço: _____			
Bairro: _____		Município: _____	UF: _____
Fone: ( ) _____		Cel: ( ) _____	CEP: _____
E-mail: _____			
<b>5. LIQUIDANTE:</b>			
Endereço: _____			
Bairro: _____		Município: _____	UF: _____
CNPJ/CPF: _____		IE/PR: _____	
Fone: ( ) _____		Fax: ( ) _____	Cel: ( ) _____
<b>Enviar Resultado para:</b> ( ) Proprietário ( ) Remetente ( ) Liquidante ( ) Veterinário			
<b>Enviar Resultado por :</b> ( ) Fone ( ) E-mail ( ) Vem Buscar ( ) Correios			
<b>6. ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL:</b>			
_____			
_____			
<b>7. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS</b>			
<b>ESPÉCIE ACOMETIDA</b>	<b>IDADE / FAIXA ETÁRIA ACOMETIDA</b>	<b>DATA DA COLHEITA</b>	
SUÍNA		____/____/____	
<b>Histórico do Problema:</b>			
_____			
_____			
<b>Uso de Medicamentos/Vacinas:</b>			
_____			
<b>Achados de Necropsia à Campo:</b>			
_____			
<b>Suspeita Clínica:</b>			
_____			
<b>8. VACINA: Usa IPEVE ?</b> ( ) Sim ( ) Não : _____			
Isolamento de Cepa Para Produção de Vacina ( ) Sim ( ) Não			
Tipo de Vacina :			

Nº OS: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- 9. EXAMES SOLICITADOS:**
- ( ) Necrópsia ( ) Análise Anátomo Patológica
  - ( ) Bacteriologia \_\_\_\_\_ ( ) Sorotipificação Bacteriana
  - ( ) Bacterioscopia \_\_\_\_\_
  - ( ) Antibiograma \_\_\_\_\_
  - ( ) Virologia \_\_\_\_\_ ( ) Micologia \_\_\_\_\_
  - ( ) Histopatologia \_\_\_\_\_
  - ( ) Imunohistoquímica ( ) Circovírus – 2 / PMWS ( ) Mycoplasma hyopneumoniae (Outros): \_\_\_\_\_
  - ( ) Parasitologia ( ) Flutuação ( ) OPG ( ) Outros \_\_\_\_\_
  - ( ) Raspado de Pele
  - ( ) PCR \_\_\_\_\_
  
  - ( ) Sorologia
    - ( ) AAT
    - ( ) 2 -ME
    - ( ) Brucelose:
    - ( ) Leptospirose ( ) MAT ( ) Com Titulação
    - ( ) HI / Parvovirose
    - ( ) IFI (Imunofluorescência indireta) ( ) Chlamydia spp ( ) Toxoplasma gondii ( ) Ileíte
    - ( ) Elisa Mycoplasma hyopneumoniae Kit Mh: \_\_\_\_\_
    - ( ) Elisa APP Kit: \_\_\_\_\_
    - ( ) Elisa PRRS
  
  - ( ) Outros Exames: \_\_\_\_\_

**10. Assinatura do veterinário responsável pela colheita:** \_\_\_\_\_ **CRMV:** \_\_\_\_\_

**11. TRANSPORTE/ DESPACHO:** DATA PREVISTA PARA CHEGADA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (se comunicado pelo cliente)

- ( ) Vem Trazer No IPEVE
- ( ) Vai Despachar Empresa: \_\_\_\_\_ Nº Conhecimento: \_\_\_\_\_ (se comunicado pelo cliente)
- ( ) IPEVE Vai Buscar Endereço e Fone: \_\_\_\_\_

**12. ESPAÇO RESERVADO AO IPEVE**

<b>FORMA DE ARMAZENAMENTO DURANTE O TRANSPORTE</b>	<b>CONSERVAÇÃO DA AMOSTRA ATÉ CHEGADA AO IPEVE</b>
<input type="checkbox"/> Gelo <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Temperatura Ambiente	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Não Adequada
<input type="checkbox"/> Outros: _____	Se não adequada comunicar ao cliente.

**OBS:** \_\_\_\_\_

**ATENDIDO/ RECEBIDO POR:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATA PREVISTA ENTREGA DO RESULTADO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se o mesmo cliente tiver mais de uma OS sinalizar OS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à OS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comprovante de Recebimento anexado a OS nº: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>INSPEÇÃO INICIAL</b>
<b>Data:</b> ____/____/____
<b>Ass.</b> _____
<b>APROVADO</b>