

Nº OS: _____ / _____



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

Sector: OUTROS : _____ Data da chegada ____ / ____ / ____ Hora: _____

PROPRIETÁRIO:

Fazenda: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ e-mail: _____

CNPJ/CPF: _____ IE/PR: _____

Fone: () _____ Fax: () _____ Cel: () _____

REMETENTE:

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ e-mail: _____

Fone: () _____ Fax: () _____ Cel: () _____

LIQUIDANTE:

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ e-mail: _____

CNPJ/CPF: _____ IE/PR: _____
 Fone: () _____ Fax: () _____ Cel: () _____

Enviar Resultado para: () Proprietário () Remetente () Liquidante

Enviar Resultado por: () Fone: () Fax: () e-mail: () buscar pessoalmente ()
 Correio

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL:

Identificação: _____ Idade: _____

Raça: _____

Outros Dados: _____

INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Histórico do Problema:

Uso de Medicamentos/Vacinas:

Achados de Necropsia à Campo:

Suspeita Clínica:

VACINA: Usa IPEVE ? () Sim () Não : _____

Isolamento de Cepa Para Produção de Vacina () Sim () Não

Tipo de Vacina : _____

Nº OS: _____/_____/_____

EXAMES SOLICITADOS:

- () Necrópsia () Biópsia Uterina () Micologia () Parasitológico
() Anátomo Patológica () Bacteriologia () Pesquisa de Hemoparasitas _____
() Histopatológico () Bacterioscopia () Hemograma _____
() Citologia () Antibiograma

() Outros: _____

Sorologia: _____

OBS: escrever o exame sorológico solicitado

Prova Bioquímica: () Ácido Lático () Glicose () Potássio

Perfil Hepático:

Perfil Renal:

- () Bilirrubina () Uréia () TGP
() Colinesterase () Creatinina] () Tempo de Protrombina
() Fosfatase Alcalina () Outros: _____
() Gama GT
() TGO

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: _____

Assinatura do veterinário do IPEVE: _____ **CRMV:** _____

ESPAÇO RESERVADO AO IPEVE

FORMA DE ARMAZENAMENTO DURANTE O TRANSPORTE

- Gelo Formol Temperatura Ambiente
 Outros:

CONSERVAÇÃO DA AMOSTRA ATÉ CHEGADA AO IPEVE

- Adequada Não Adequada
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: ____/____

INSPEÇÃO INICIAL

Data: ____/____/____

Ass. _____

APROVADO