

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**

**1. Setor: PET** Data da chegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

**2. PROPRIETÁRIO:**

Endereço:  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_ IE/PR: \_\_\_\_\_  
 Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Cel: ( ) \_\_\_\_\_

**3. CLÍNICA DE ORIGEM:**

Veterinário: \_\_\_\_\_ CRMV-MG: \_\_\_\_\_  
 Endereço:  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Cel: ( ) \_\_\_\_\_

Enviar Resultado para: ( ) Proprietário ( ) Clínica de Origem

Enviar Resultado por: ( ) Fone ( ) E-mail ( ) Vem Buscar ( ) Correios

EXAME SERÁ PAGO POR: ( ) Proprietário ( ) Clínica de Origem

**4. MATERIAL:**

Nome do animal: \_\_\_\_\_  
 Raça: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Espécie: \_\_\_\_\_  
 Nº Ficha Clínica: \_\_\_\_\_ Data da coleta: \_\_\_\_\_  
 Data do óbito (no caso de animais para necrópsia): \_\_\_\_\_

**5. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS**

**Histórico do Problema:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Suspeita Clínica:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Observações:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nº OS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**6. EXAMES SOLICITADOS:**

- Necrópsia                       Antibiograma                       Parasitológico de Fezes  
 Anátomo Patológico               Histopatologia                       Campo escuro para Leptospira  
 Bacteriologia                       Citologia                               Urocultura  
 Bacterioscopia                       Raspado de Pele                       Hemograma  
 Outros: \_\_\_\_\_

**Sorologia:**     Brucelose                       Leptospirose

**Provas Bioquímicas:**     Ácido Lático                       Glicose                               Potássio

**Perfil Hepático:**

- Bilirrubina  
 Colinesterase  
 Fosfatase Alcalina

**Perfil Renal:**

- Uréia  
 Creatinina  
 Outros \_\_\_\_\_

- Gama GT  
 TGO  
 TGP  
 Tempo de Protrombina

**7. Autoriza descartar o animal após a necropsia?**     SIM     NÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      RG: \_\_\_\_\_

**Quer o animal após a necrópsia esteticamente preparado:**     SIM     NÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Obs: Tirar xerox do documento de identidade de quem autorizou.**

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

**TRANSPORTE/ DESPACHO:**

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

**9. 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**