

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: AVICULTURA

Data da chegada ___/___/___ Horas: _____

2. PROPRIETÁRIO:

Nº matrizes: _____

Granja: _____

End. Corresp:

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ E-mail: _____

CNPJ/CPF: _____ IE/PR: _____

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

3. VET. RESPONSÁVEL PELA GRANJA:

CRMV: _____

Endereço:

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ e-mail: _____

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

4. REMETENTE:

CRMV (quando aplicável): _____

Endereço:

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone: () _____ Cel: () _____ E-mail: _____

5. LIQUIDANTE:

Endereço

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

CNPJ/CPF: _____ IE/PR: _____

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

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

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

6. ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL:

Tipo de criação: () Corte () Poedeira () Matriz () Avozeiro () Avestruz () Ornamental

Idade: _____ Nº animais/exame: _____ Identificação (lote/galpão): _____ Data da colheita ___/___/___

Procedência (qual incubatório) _____ Linhagem: _____

7. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Histórico do Problema:

Uso de Medicamentos/Vacinas:

Achados de Necropsia à Campo:

Suspeita Clínica:

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

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

Tipo de Vacina : _____

Nº OS: _____ / _____

9. EXAMES SOLICITADOS: () Necrópsia () Anatomo Patológico	() Histopatológico () Microscopia Direta	() Bacteriologia () Bacterioscopia	() Antibiograma () Micologia	() Parasitológico
--	---	---	-----------------------------------	--------------------

() Outros: _____

Sorologia:
() HI / Coriza
() SA / Pulorose

() HI / Newcastle
() SA / *Mycoplasma gallisepticum* (MG)
() SN / Gumboro

() HI / EDS (Egg Drop Síndrome)
() SA / *Mycoplasma synoviae*(MS)
() SN / Bronquite Infecciosa

() Outros: _____

Elisa:
() Gumboro (IBD – XR)
() *Mycoplasma synoviae*(MS)
() *Salmonella enteritidis*
() Anemia Infecciosa (CAV)
() Leucose Aviária (Subgrupos A e B)

() Bronquite Infecciosa Aviária (IBV)
() *Pasteurella multocida*
() Reovírus Aviário (REO)
() Leucose Aviária (Subgrupo J)

() *Mycoplasma gallisepticum*(MG)
() *Mycoplasma meleagridis*(MM)
() Reticuloendoteliose (REV)
() Encefalomielite Aviária (EA)
() Newcastle (NC)

() Outros: _____

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

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