

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 : BOVINO		Data da chegada ____/____/____ Horas: _____	
2. PROPRIETÁRIO:			
Fazenda:			
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:	e-mail:		
Fone: ()	Fax: ()	Cel: ()	
5. 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: () e-mail: () Vem Buscar () Correios			
6. ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL:			
Identificação: _____		Idade: _____	
Data da colheita: ____/____/____			
Outros Dados:			
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 () Anátomo Patológica () Histopatológico () Citologia	() Biópsia Uterina () Bacteriologia () Bacterioscopia () Antibiograma	() Micologia () Pesquisa de Hemoparasitas () Hemograma	() Parasitológico _____ () Outros: _____
Sorologia: () Brucelose (usar formulário próprio) () Leucose - IDGA	() BVD (Pesquisa de Antígeno - Elisa) () BVD (Pesquisa de Anticorpo - Elisa) () Neospora caninum - Elisa	() IBR - Soroneutralização () IBR - Elisa () Leptospirose (MAT - 12 sorotipos) () Outros _____	
Provas Bioquímicas: () Ácido Lático () Glicose () Potássio			
Perfil Hepático: () Bilirrubina () Colinesterase () Fosfatase Alcalina	Perfil Renal: () Uréia () Creatinina () Gama GT () TGO () TGP	() Tempo de Protrombina () 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 <input type="checkbox"/> Gelo <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Temperatura Ambiente <input type="checkbox"/> Outros:	CONSERVAÇÃO DA AMOSTRA ATÉ CHEGADA AO IPEVE <input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> 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: ____/____

<p style="text-align: center;">INSPEÇÃO INICIAL</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Ass. _____</p> <p style="text-align: center;">APROVADO</p>
