

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

Setor: **BROMATOLOGIA** Data da chegada ____/____/____ Horas: _____

PROPRIETÁRIO:

Empresa: _____

End. Corresp:

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: () Vem Buscar () Correios

MATERIAL:

Procedência: _____

Quantidade: _____

Data de Fabricação: ____/____/____ Data de Validade: ____/____/____ Lote: _____

Quantidade recebida (aproximadamente): _____

Outras Observações: _____

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: _____

- EXAMES SOLICITADOS:**
- | | | |
|--------------------|------------------|---------------------------|
| () Fibra Bruta | () Matéria Seca | () Solubilidade Protéica |
| () Proteína Bruta | () NaCl | () Acidez |
| () Cálcio | () Umidade | () Digestibilidade |
| () Fósforo | () pH | () Urease |
| () Extrato Etéreo | () Outros: | |

Data da coleta: ____/____/____ Data prevista da chegada: ____/____/____

ESPAÇO RESERVADO AO IPEVE

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 DISTRIBUIÇÃO

Data: ____/____/____

Ass. _____

APROVADO

Nº OS: _____ / _____

RESULTADOS:	OBS:	RESULTADOS:	OBS:
Proteína Bruta (PB) _____	_____	Umidade _____	_____
Cálcio (Ca) _____	_____	Matéria Seca (MS) _____	_____
Fósforo (P) _____	_____	Granulometria _____	_____
Extrato Etéreo (EE) _____	_____	Digestibilidade _____	_____
Fibra Bruta(FB) _____	_____	Solubilidade Protéica _____	_____
NaCl _____	_____	Acidez _____	_____
pH _____	_____	Urease _____	_____
Outros _____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		

INSPEÇÃO FINAL

Data: ____/____/____

Ass. _____

APROVADO

LABORATÓRIO DE APOIO UTILIZADO:

NOME: _____

Data envio da amostra ____/____/____

Data recepção do resultado: ____/____/____