



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: CQM **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:

Nome Comercial do Produto: _____ Lote: _____ Veio na embalagem

Fabricante: _____ Partida: _____ de comercialização:

Data de Fabricação: _____ Validade: _____ Volume: _____ () SIM

Composição: _____ () NÃO

Quantidade recebida (aproximadamente): _____

Outras Informações: _____

EXAMES SOLICITADOS:

Bacteriologia () **Qualitativa** () **Quantitativa**

() Bacteriologia (Mesófilos, *Staphylococcus*, coliformes) () Teste de Eficácia () Teste de Esterilidade

() Clostridium sulfito redutor

() Pesquisa de *Salmonella* () Micologia () Exames conforme a legislação () Inocuidade

() Outros: _____

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

TRANSPORTE/ DESPACHO: DATA PREVISTA PARA CHEGADA: ____/____/____

() Vem Trazer No IPEVE

() Vai Despachar Empresa: _____ Nº Conhecimento: _____

() IPEVE Vai Buscar Endereço e Fone: _____

ESPAÇO RESERVADO AO IPEVE

CONSERVAÇÃO NO TRANSPORTE: () Gelo () Temperatura Ambiente () Outros _____

CONSERVAÇÃO DA AMOSTRA NO RECEBIMENTO: () Adequada () Não Adequada (Solicitar nova Amostra)

ATENDIDO 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: ____/____

LIBERAÇÃO DE RESULTADOS:

BACTERIOLOGIA: tipo de alimento:

Sólidos ()

Mesófilos UFC/g de amostra
Staphylococcus spp UFC/g de amostra
Coliformes Totais: UFC/g de amostra
Coliformes termotolerantes: UFC/g de amostra
Salmonella spp em 25g da amostra.
Clostridium sulfito redutor UFC/g de amostra

Líquidos ()

Mesófilos UFC/ml de amostra
Staphylococcus spp UFC/ml de amostra
Coliformes Totais: UFC/ml de amostra
Coliformes termotolerantes: UFC/ml de amostra
Salmonella spp em 25ml da amostra.
Clostridium sulfito redutor UFC/ml de amostra

Padrão - Sólidos

Tipo de amostra:
Mesófilos UFC/g de amostra
Staphylococcus spp UFC/g de amostra
Coliformes Totais: UFC/g de amostra
Coliformes termotolerantes: UFC/g de amostra
Salmonella spp ausentes em 25g da amostra.
Clostridium sulfito redutor UFC/g de amostra

Padrão - Líquidos

Tipo de amostra:
Mesófilos UFC/ml de amostra
Staphylococcus spp UFC/ml de amostra
Coliformes Totais: UFC/ml de amostra
Coliformes termotolerantes: UFC/ml de amostra
Salmonella spp ausentes em 25ml da amostra.
Clostridium sulfito redutor UFC/ml de amostra

Obs.:

- Salmonella: Ausente em 25g ou 25mL de amostra ou Presente em 25g ou 25mL de amostra.
➤ Os resultados para análise de alimentos são interpretados conforme INSTRUÇÃO NORMATIVA N °62, DE 26 DE AGOSTO DE 2003 e RDC n° 12 de 02 de janeiro de 2001.
➤ Análise de Injetáveis: Ausência de crescimento de bactérias e fungos.

INSPEÇÃO FINAL Microbiologia

DATA: ____/____/____

ASS: _____

APROVADO

Micologia

INSPEÇÃO FINAL MICOLOGIA

DATA: ____/____/____

ASS: _____

Inocuidade:

INSPEÇÃO FINAL INOCUIDADE

DATA: ____/____/____

ASS: _____

Outros exames:

INSPEÇÃO FINAL

DATA: ____ / ____ / ____

ASS: _____

APROVADO