

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**

<b>1. Setor : EQUINO</b>		Data da chegada ____/____/____ Horas: _____	
<b>2. PROPRIETÁRIO:</b>			
Haras: _____			
End. Corresp: _____			
Bairro: _____		Município: _____	UF: _____
CEP: _____	e-mail: _____		
CNPJ/CPF: _____		IE/PR: _____	
Fone: ( ) _____	Fax: ( ) _____	Cel: ( ) _____	
<b>3. VET. RESPONSÁVEL PELA GRANJA:</b>			<b>CRMV:</b> _____
Endereço: _____			
Bairro: _____		Município: _____	UF: _____
CEP: _____	e-mail: _____		
Fone: ( ) _____	Fax: ( ) _____	Cel: ( ) _____	
<b>4. REMETENTE:</b>			<b>CRMV (quando aplicável):</b> _____
Endereço: _____			
Bairro: _____		Município: _____	UF: _____
CEP: _____	E-mail: _____		
Fone: ( ) _____	Fax: ( ) _____	Cel: ( ) _____	
<b>5. LIQUIDANTE:</b>			
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			
<b>6. ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL:</b>			
Identificação: _____	Idade: _____		
Raça: _____	Outros Dados: _____		
<b>7. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS</b>			
<b>Histórico do Problema:</b>			
<b>Uso de Medicamentos/Vacinas:</b>			
<b>Achados de Necropsia à Campo:</b>			
<b>Suspeita Clínica:</b>			
<b>8. VACINA: Usa IPEVE ?</b> ( ) Sim ( ) Não : _____			
Isolamento de Cepa Para Produção de Vacina ( ) Sim ( ) Não			
Tipo de Vacina : _____			

Nº OS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>9. EXAMES SOLICITADOS:</b>			
<input type="checkbox"/> Necrópsia	<input type="checkbox"/> Citologia e Biópsia Uterina	<input type="checkbox"/> Antibiograma	<input type="checkbox"/> Pesquisa de Hemoparasitas
<input type="checkbox"/> Anátomo Patológica	<input type="checkbox"/> Bacteriologia	<input type="checkbox"/> Micologia	<input type="checkbox"/> Parasitológico _____
<input type="checkbox"/> Histopatológico	<input type="checkbox"/> Bacterioscopia	<input type="checkbox"/> Hemograma	
<input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Sorologia:</b>			
<input type="checkbox"/> Rinopneumonia <input type="checkbox"/> Leptospirose <input type="checkbox"/> Brucelose <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Provas Bioquímicas:</b> <input type="checkbox"/> Ácido Lático <input type="checkbox"/> Glicose <input type="checkbox"/> Potássio			
<b>Perfil Hepático:</b>	<input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina	<input type="checkbox"/> TGP	
<input type="checkbox"/> Bilirrubina	<input type="checkbox"/> Gama GT	<input type="checkbox"/> Tempo de Protrombina	
<input type="checkbox"/> Colinesterase	<input type="checkbox"/> TGO		
<b>Perfil Renal:</b>	<input type="checkbox"/> Outros: _____		
<input type="checkbox"/> Uréia			
<input type="checkbox"/> Creatinina			
<b>10. Assinatura do veterinário responsável pela colheita</b> _____ <b>CRMV:</b> _____			
<b>11. TRANSPORTE/ DESPACHO:</b> DATA PREVISTA PARA CHEGADA: ____/____/____ (se comunicado pelo cliente)			
<input type="checkbox"/> Vem Trazer No IPEVE			
<input type="checkbox"/> Vai Despachar Empresa: _____ Nº Conhecimento: _____ (se comunicado pelo cliente)			
<input type="checkbox"/> IPEVE Vai Buscar Endereço e Fone: _____			
_____			
<b>12. ESPAÇO RESERVADO AO IPEVE</b>			
<b>FORMA DE ARMAZENAMENTO DURANTE O TRANSPORTE</b>		<b>CONSERVAÇÃO DA AMOSTRA ATÉ CHEGADA AO IPEVE</b>	
<input type="checkbox"/> Gelo	<input type="checkbox"/> Formol	<input type="checkbox"/> Temperatura Ambiente	<input type="checkbox"/> Adequada
<input type="checkbox"/> Outros:			<input type="checkbox"/> Não Adequada
Se não adequada comunicar ao cliente.			
<b>OBS:</b>			
_____			
_____			
<b>ATENDIDO/RECEBIDO POR:</b> _____ <b>DATA:</b> ____/____/____			
<b>DATA PREVISTA ENTREGA DO RESULTADO:</b> ____/____/____			
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**