

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: OVINO/ CAPRINO

Data da chegada ____/____/____ Hora: _____

2. PROPRIETÁRIO:

Fazenda:

Endereço:

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: () buscar pessoalmente () Correios

6. ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL:

Identificação: _____ Idade: _____

Raça: _____ 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 () Biópsia Uterina () Micologia () Parasitológico
() Anátomo Patológica () Bacteriologia () Pesquisa de Hemoparasitas _____
() Histopatológico () Bacterioscopia () Hemograma _____
() Citologia () Antibiograma

() Outros: _____

Sorologia:

- () Brucelose () Leptospirose (MAT - 12 sorotipos)
() CAE – Artrite e Encefalite Caprina

() Outros: _____

Prova Bioquímica:

- () Ácido Lático () Glicose () Potássio

Perfil Hepático:

- () Bilirrubina () Uréia () TGP
() Colinesterase () Creatinina] () Tempo de Protrombina

() Fosfatase Alcalina () Outros: _____

() Gama GT

() TGO

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