

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: PET Data da chegada: ____/____/____ Horas: _____

2. PROPRIETÁRIO:

Endereço:
 Bairro: _____ Município: _____ UF: _____
 CEP: _____ e-mail: _____
 CNPJ/CPF: _____ IE/PR: _____
 Fone: () _____ Fax: () _____ Cel: () _____

3. CLÍNICA DE ORIGEM:

Veterinário: _____ CRMV-MG: _____
 Endereço:
 Bairro: _____ Município: _____ UF: _____
 CEP: _____ e-mail: _____
 Fone: () _____ Fax: () _____ Cel: () _____

Enviar Resultado para: () Proprietário () Clínica de Origem

Enviar Resultado por: () Fone () E-mail () Vem Buscar () Correios

EXAME SERÁ PAGO POR: () Proprietário () Clínica de Origem

4. MATERIAL:

Nome do animal: _____
 Raça: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Espécie: _____
 Nº Ficha Clínica: _____ Data da coleta: _____
 Data do óbito (no caso de animais para necrópsia): _____

5. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Histórico do Problema:

Suspeita Clínica:

Observações:

Nº OS: _____ / _____

6. EXAMES SOLICITADOS:

- Necrópsia Antibiograma Parasitológico de Fezes
 Anátomo Patológico Histopatologia Campo escuro para Leptospira
 Bacteriologia Citologia Urocultura
 Bacterioscopia Raspado de Pele Hemograma
 Outros: _____

Sorologia: Brucelose Leptospirose

Provas Bioquímicas: Ácido Lático Glicose Potássio

Perfil Hepático:

- Bilirrubina
 Colinesterase
 Fosfatase Alcalina

Perfil Renal:

- Uréia
 Creatinina
 Outros _____

- Gama GT
 TGO
 TGP
 Tempo de Protrombina

7. Autoriza descartar o animal após a necropsia? SIM NÃO

Nome: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ RG: _____

Quer o animal após a necrópsia esteticamente preparado: SIM NÃO

Nome: _____ Assinatura: _____

Obs: Tirar xerox do documento de identidade de quem autorizou.

8. Assinatura do veterinário responsável pela colheita _____ **CRMV:** _____

TRANSPORTE/ DESPACHO:

- Vem Trazer No IPEVE
 Vai Despachar Empresa: _____ N° Conhecimento: _____ (Se comunicado pelo cliente)
 IPEVE Vai Buscar Endereço e Fone: _____

9. 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