



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: SUÍNO		Data da chegada ____/____/____ Horas: _____	
2. PROPRIETÁRIO:			
Propriedade: _____			
End. Corresp:			
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: _____	
Fone: () _____		Cel: () _____ E-mail: _____	
5. LIQUIDANTE:			
Endereço: _____			
Bairro: _____		Município: _____ UF: _____ CEP: _____	
CNPJ/CPF: _____		IE/PR: _____	
Fone: () _____		Fax: () _____ Cel: () _____	
Enviar Resultado para: () Proprietário () Remetente () Liquidante () Veterinário			
Enviar Resultado por : () Fone () E-mail () Vem Buscar () Correios			
6. ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL:			

7. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS			
ESPÉCIE ACOMETIDA	IDADE / FAIXA ETÁRIA ACOMETIDA	DATA DA COLHEITA	
SUÍNA		____/____/____	
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 () Análise Anátomo Patológica
 - () Bacteriologia _____ () Sorotipificação Bacteriana
 - () Bacterioscopia _____
 - () Antibiograma _____
 - () Virologia _____ () Micologia _____
 - () Histopatologia _____
 - () Imunohistoquímica () Circovírus – 2 / PMWS () Mycoplasma hyopneumoniae (Outros): _____
 - () Parasitologia () Flutuação () OPG () Outros _____
 - () Raspado de Pele
 - () PCR _____

 - () Sorologia
 - () AAT
 - () 2 -ME
 - () Brucelose:
 - () Leptospirose () MAT () Com Titulação
 - () HI / Parvovirose
 - () IFI (Imunofluorescência indireta) () Chlamydia spp () Toxoplasma gondii () Ileíte
 - () Elisa Mycoplasma hyopneumoniae Kit Mh: _____
 - () Elisa APP Kit: _____
 - () Elisa PRRS

 - () Outros Exames: _____

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	CONSERVAÇÃO DA AMOSTRA ATÉ CHEGADA AO IPEVE
<input type="checkbox"/> Gelo <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Temperatura Ambiente	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Não Adequada
<input type="checkbox"/> Outros: _____	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