

Consulte o Manual de Coleta no site para verificar volume mínimo para cada exame.

Nº da OS: _____

FATURAMENTO (Cliente pagante) * (campo obrigatório)

Código do Cliente*:

CPF/CNPJ*:

Nome/Razão Social*:

Endereço*:

Cidade*:

Estado*:

Telefone*:

CEP:

Email*:

INFORMAÇÃO PARA ENVIO DE RESULTADOS *(campo obrigatório)

Veterinário requisitante*:

CRMV/UF*:

E-mail - 1*:

E-mail - 2:

DADOS SOBRE A ORIGEM DAS AMOSTRAS *(campo obrigatório)

Número de registro no DIPOA:

Responsável pela coleta:

Data da coleta*:

Data do envio para o laboratório:

Informações obrigatórias por tipo de amostra**Identificação das amostras:** (Inserir quantas linhas forem necessárias)

Amostra 1:

Horário de coleta:

Observação:

Amostra 2:

Horário de coleta:

Observação:

Amostra 3:

Horário de coleta:

Observação:

Amostra 4:

Horário de coleta:

Observação:

Amostra 5:

Horário de coleta:

Observação:

CONSERVAÇÃO DAS AMOSTRAS☐ Resfriado☐ Congelado☐ Temperatura Ambiente**MICROBIOLOGIA - Água****DADOS SOBRE A ORIGEM DO MATERIAL** (Informar a quantidade de amostras)

Qtd.

Qtd.

☐ Água de abastecimento☐ Outros: _____**REQUISIÇÃO DE EXAMES**☐ 101286 - Coliformes Totais (Autocontrole)☐ 101287 - *Escherichia coli* (Autocontrole)**MICROBIOLOGIA - Suabes operadores e equipamentos****DADOS SOBRE A ORIGEM DO MATERIAL** (Informar a quantidade de amostras)

Qtd.

☐ Suabe Teste em Mão de Manipulador de Alimentos☐ Suabe Teste em Superfícies de Equipamentos☐ Outros: _____**REQUISIÇÃO DE EXAMES**☐ 101276 - Aeróbios mesófilos (Autocontrole)☐ 101297 - *Salmonella* spp. (superfície)☐ 101278 - Enterobacteriaceae (Autocontrole)☐ 101540 - *Escherichia coli* (Autocontrole)**ANÁLISES FÍSICO-QUÍMICAS**

São realizadas por laboratórios parceiros, especificar os analitos para que possamos enviar orçamento

RESPONSÁVEL PELO ENVIO

Data do envio:

Nome:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Data do recebimento:

Temperatura:

Nome: