



LabFilm

REQUISIÇÃO DE ANÁLISES - INFRAVERMELHO

DATA DE ENTRADA:	RECEBIDO POR:	Nº OS (xx/Ano):
____/____/____		

DADOS DO REMETENTE

Nome:	
Orientador:	E-mail:
Instituição:	Fone:
Tipo de Pesquisa: () Consultoria () IC/IT () TCC () MSc. () DSc. () Pós-Doc	

CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO E ARMAZENAMENTO

Recebimento:
Armazenamento:

DESCRIÇÃO DA(S) AMOSTRA(S)

Natureza Química:	Ponto de fusão:
Corrosiva? () Sim () Não	Cancerígena? () Sim () Não
Contém metais pesados? () Não () Sim. Quais?	
Libera gases? () Não () Sim. Quais?	

CONDIÇÕES DE ANÁLISES

Tipo de Análise: () Absorbância () Transmittância () Reflectância	
Modo: () NIR () MIR () FAR	Quantitativo?
ATR: () Sim () Não	Esfera de Integração no NIR: () Sim () Não
Em que forma a amostra se encontra?	
Observação:	

CÓDIGO DA(S) AMOSTRA(S):

Código:	Nome da Amostra:

OBSERVAÇÕES:

() Descartar as amostras	() Devolver as amostras
Obs.: As amostras serão descartadas 30 dias após a realização dos ensaios, caso não venham buscar as mesmas.	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo plena e integral responsabilidade pelo preenchimento deste formulário e pela omissão de informações a respeito da toxicidade ou periculosidade das amostras, vindo a assumir os prejuízos causados decorrente da omissão das mesmas.

Declaro, ainda, que estou ciente e aceito as condições informadas acima.

Requerente

Orientador

APROVAÇÃO TÉCNICA	() Aprovado	() Reprovado
Data: ____/____/____	Assinatura: _____	