



PROTOCOLO DE ANÁLISE

CÓDIGO: F25

REVISÃO: 04

PÁGINA:1/1

SERVIÇO SOLICITADO	Nº PEDIDO:
<input type="checkbox"/> ENSAIOS E ANÁLISES LABORATORIAIS	<input type="checkbox"/> DESENVOLVIMENTO DE BIOMATERIAIS

DADOS COMPLEMENTARES QUANTO AOS ITENS DE ENSAIO	
NATUREZA DOS ITENS DE ENSAIOS:	<input type="checkbox"/> POLIMÉRICO <input type="checkbox"/> CERÂMICO <input type="checkbox"/> METÁLICO <input type="checkbox"/> COMPÓSITO <input type="checkbox"/> OUTROS
DESCRIÇÃO DAS AMOSTRAS:	

ENSAIOS E ANÁLISES NECESSÁRIAS (Escolher apenas uma análise, por protocolo)			
<input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO POR PARTÍCULAS	<input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO POR METAIS	<input type="checkbox"/> ENSAIOS MECÂNICOS – descrever	<input type="checkbox"/> MEV
<input type="checkbox"/> CITOTOXICIDADE	<input type="checkbox"/> DETERMINAÇÃO DA MATÉRIA VOLÁTIL	<input type="checkbox"/> MICROSCOPIA ÓTICA	<input type="checkbox"/> DRX
<input type="checkbox"/> CROMATOGRAFIA GC-FID	<input type="checkbox"/> TGA	<input type="checkbox"/> FORÇA ATÔMICA	<input type="checkbox"/> FTIR
<input type="checkbox"/> SPOTLIGHT	<input type="checkbox"/> JADE SYSTEM	<input type="checkbox"/> ICP-OES	<input type="checkbox"/> DSC
<input type="checkbox"/> OUTROS ENSAIOS:			

PARÂMETROS DO ENSAIO

Nº DO LOTE	QTD AMOSTRAS (máximo 6 amostras)	OBSERVAÇÕES

DATA DE ABERTURA DO PEDIDO: ___/___/___

DATA PREVISTA P/ ENTREGA DOS RESULTADOS: ___/___/___

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO E AMOSTRAS

ANÁLISE DE VIABILIDADE TÉCNICA (APENAS CLIENTES INTERNOS)	
<input type="checkbox"/> VIÁVEL	<input type="checkbox"/> NÃO VIÁVEL

RESPONSÁVEL PELA PREPARAÇÃO DAS AMOSTRAS

Em, ___/___/___

RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DE BIOMATERIAIS

Em, ___/___/___

ASSINATURA DO GERENTE TÉCNICO

Em, ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE	Nº PEDIDO:
--------------------------	------------

* Apenas para clientes não-comerciais

RAZÃO SOCIAL:		RAMO DE ATIVIDADE:	
NOME FANTASIA (quando houver):		E-MAIL:	
CNPJ:	CIDADE:	UF:	BAIRRO: CEP:
ENDEREÇO		FONE/CELULAR:	
NOME*:			
UNIVERSIDADE/INSTITUIÇÃO*:			
PROGRAMA*:	<input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO* <input type="checkbox"/> MESTRADO* <input type="checkbox"/> DOUTORADO* <input type="checkbox"/> OUTRO* _____	ORIENTADOR:	

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO	Nº PEDIDO:
----------------------------	------------

RAZÃO SOCIAL / NOME:

DATA PREVISTA PARA ENTREGA DOS RESULTADOS: _____

DOCUMENTAÇÃO ACADÊMICA NECESSÁRIA: PROTOCOLO PREENCHIDO E ASSINADO / AMOSTRA PARA CADA ENSAIO / CD PARA CADA ENSAIO / PEDIDO

CONTATO: (83) 2101.1842

PARA RECOLHIMENTO DO RESULTADO/AMOSTRAS APRESENTAR ESSE COMPROVANTE TIPO DE ENSAIO: _____

OBS: O PRAZO LIMITE PARA RETIRADA DOS RESULTADOS E AMOSTRAS SERÁ DE ATÉ 30 DIAS CORRIDOS APÓS A DATA PREVISTA PARA ENTREGA.

COM O NÃO RECOLHIMENTO NESTE PRAZO A AMOSTRA SERÁ AUTOMATICAMENTE DESCARTADOS E OS RESULTADOS DELETADOS.