



LabFilm

REQUISIÇÃO DE ANÁLISES DE UV-Vis

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

**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? ( ) Sim ( ) Não	Quais?
Libera gases? ( ) Sim ( ) Não	Quais?

**CONDIÇÕES DE ANÁLISES**

Tipo de Análise: ( ) Absorbância ( ) Reflectância ( ) Transmitância	
Resolução:	Região:
Estado da amostra: ( ) Filme ( ) Líquido ( ) Pó	Quantitativo?
Observação:	

**CÓDIGO DA(S) AMOSTRA(S)**

<b>Código:</b>	<b>Nome da Amostra:</b>

**OBSERVAÇÕES:**

( ) Descartar as amostras	( ) Devolver as amostras
<b>Obs.:</b> 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

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