



PROTOCOLO DE ANÁLISES

CÓDIGO: F25
REVISÃO: 03
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			
<input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO POR PARTÍCULAS	<input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO POR METAIS	<input type="checkbox"/> ENSAIOS MECÂNICOS	<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"/> DSC	<input type="checkbox"/> TGA	<input type="checkbox"/> FORÇA ATÔMICA	<input type="checkbox"/> FTIR
<input type="checkbox"/> OUTROS ENSAIOS:			

PARÂMETROS DO ENSAIO	

Nº DO LOTE	QTD 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:
---------------------------------	-------------------

RAZÃO SOCIAL / NOME:
 NOME FANTASIA (quando houver):
 CNPJ / CPF: 012.056.555.01
 RAMO DE ATIVIDADE: SITE:
 ENDEREÇO: BAIRRO:
 CIDADE: UF: CEP:
 E-MAIL: TELEFONE / CELULAR:
 CIENTE: ORIENTADOR / EMPRESA:

	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
 DIA DE ATENDIMENTO: QUARTAS DAS 14 ÀS 17 HORAS / **CONTATO: 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.