



PROTOCOLO DE ANÁLISES

CÓDIGO: F25

REVISÃO: 04

PÁGINA:1/1

SERVIÇO SOLICITADO**Nº PEDIDO:** ENSAIOS E ANÁLISES LABORATORIAIS DESENVOLVIMENTO DE BIOMATERIAIS**DADOS COMPLEMENTARES QUANTO AOS ITENS DE ENSAIO**NATUREZA DOS ITENS DE ENSAIOS: POLIMÉRICO CERÂMICO METÁLICO COMPÓSITO 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"/> 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"/> MICROBIOLOGIA			
<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) VIÁVEL 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*:	ORIENTADOR:			
<input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO*	<input type="checkbox"/> MESTRADO*	<input type="checkbox"/> DOUTORADO*	<input type="checkbox"/> OUTRO*: _____	

**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.**