



# PROTOCOLO DE ANÁLISE

CÓDIGO: F25

REVISÃO: 04

PÁGINA:1/1

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

<b>DADOS COMPLEMENTARES QUANTO AOS ITENS DE ENSAIO</b>					
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:					

<b>ENSAIOS E ANÁLISES NECESSÁRIAS (Escolher apenas uma análise, por protocolo)</b>			
<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:			

<b>PARÂMETROS DO ENSAIO</b>
-----------------------------

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

<b>ANÁLISE DE VIABILIDADE TÉCNICA (APENAS CLIENTES INTERNOS)</b>	
<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, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE</b>	<b>Nº PEDIDO:</b>
---------------------------------	-------------------

\* 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*: _____

	<b>COMPROVANTE DE RECEBIMENTO</b>	<b>Nº PEDIDO:</b>
--	-----------------------------------	-------------------

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 DESCARTADAS E OS RESULTADOS DELETADOS.**