

ZETASIZER

Nome usuário: _____ Orientador: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Instituição: _____ Unidade Acadêmica: _____

Empresa: _____

PARA A EMISSÃO DA NOTA FISCAL PELA FAURG:

Razão social da pessoa jurídica ou nome completo da pessoa física: _____

CNPJ ou CPF: _____ Data de nascimento, caso pessoa física: _____

Inscrição Estadual (quando houver): _____ Inscrição municipal (quando houver): _____

Endereço completo (Logradouro, nº, Complemento, Bairro, CEP, Estado, País): _____

Telefone/WhatsApp do responsável ou contato direto: _____

E-mail do responsável ou contato direto: _____

Utilize esse campo se houver alguma observação que deva constar na NF: _____

OBSERVAÇÃO: Caso possua verba PROAP ou carta de crédito, por favor, desconsidere a etapa acima.

1. Número de amostras: _____

2. Análise requerida: () Tamanho de partícula () Potencial Zeta

3. Características das amostras:

A) Material: _____

B) Índice de Refração: _____

C) Absorção: _____

D) Dispersante: _____

E) Contém elementos tóxicos? () não () sim. Especificar: _____

4. Análise de Tamanho:

a) Diluente da amostra: _____

b) Ângulo de leitura para medida de tamanho: () 90°- side scatter () 173°- back scatter.

5. Potencial Zeta:

Diluente da amostra: _____

Observações ou outras informações sobre a amostra: _____

DA UTILIZAÇÃO DO ZETASIZER (favor preencher no momento da análise)

DATA: ____ / ____ / ____

TURNO: () Manhã () Tarde

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURA DO USUÁRIO: _____

ASSINATURA DO TÉCNICO/OPERADOR: _____