

Laboratório de Análises

Serviço de GC-FID

Chemistry Department FCT/UNL

2829-516 Monte de Caparica

Direct phone: (+ 351) 21 2947805

Fax: (+ 351) 21 2948550

Internal phone 10993

Email: luz.fernandes@dq.fct.unl.pt

laboratoriodeanalises@dq.fct.unl.pt



Reservado ao laboratório

Entregue:

Requisição Análise por GC-FID

Nome:

Morada:

E-mail:

Tel: Fax:

Entidade a facturar:

.....

.....

Nº contribuinte

Data de submissão:

Data de realização:

Nº Cliente.....

AMOSTRA

- Identificação (Nome):
- Solvente em que se encontra dissolvida:
- Matriz:
- Concentração:

• Condições cromatográficas

Programa de temperatura:

Tipo de Coluna:

Temperatura injector:

Temperatura Detector:

Fluxo (He):

Quantidade a injectar:

Split

Splitless

Razão split: tempo splitless:

- Propriedades (marque com uma cruz no local correspondente):

Solubilidade		Toxicidade		Cuidados específicos
<input type="checkbox"/> H ₂ O		<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Tóxico	<input type="checkbox"/> Luz
<input type="checkbox"/> CH ₃ CN	<input type="checkbox"/> Hexano	<input type="checkbox"/> Muito tóxico	<input type="checkbox"/> Radioactivo	<input type="checkbox"/> Humidade
<input type="checkbox"/> CH ₃ OH	<input type="checkbox"/> Etanol	<input type="checkbox"/> Desconhecida	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Manter refrigerado
<input type="checkbox"/> CHCl ₃	<input type="checkbox"/> CH ₂ Cl ₂	Medidas protecção pessoal:		<input type="checkbox"/> Manter congelado
<input type="checkbox"/> Acetona				<input type="checkbox"/> Manter Temp. Amb.
<input type="checkbox"/> _____				<input type="checkbox"/> _____

- Devolução da amostra (a levantar após a análise no Laboratório de Análises): Sim Não

Assinatura do requerente

Autorização

O Técnico

.....

.....

.....

Nome:

Nome:

NOTAS/OBSERVAÇÕES: