



LabRMN
UFPR

Laboratório Multiusuário de Ressonância Magnética Nuclear
Universidade Federal do Paraná
www.cmrn.ufpr.br/labrmn

CÓDIGO

SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:
E-mail:
Telefone:
Orientador/Supervisor:
Departamento:
Programa: <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Outro (Indique):

AMOSTRA E ANÁLISE

Código/amostra:	
Quantidade (mg):	
Temperatura (°C):	
Solvente deuterado:	
Referência interna:	
Amostra já foi analisada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Indique o instrumento, experimento e sonda:

OUTRAS INFORMAÇÕES

OBSERVAÇÕES	CLASSE DE SUBSTÂNCIAS
	<input type="checkbox"/> Higroscópica <input type="checkbox"/> Fácil decomposição <input type="checkbox"/> Tóxica <input type="checkbox"/> Armazenar a baixa temperatura <input type="checkbox"/> Solvente NÃO contém TMS <input type="checkbox"/> Outras (Indique):

EXPERIMENTOS

<input type="checkbox"/> ¹ H <input type="checkbox"/> ¹³ C{ ¹ H} <input type="checkbox"/> ³¹ P{ ¹ H} <input type="checkbox"/> DEPT135 <input type="checkbox"/> COSY <input type="checkbox"/> NOESY <input type="checkbox"/> HSQC <input type="checkbox"/> HMBC <input type="checkbox"/> TOCSY
<input type="checkbox"/> Outro (Indique):

DECLARAÇÃO: Declaro que as informações apresentadas neste documento são verídicas e que os resultados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, não contemplando a prestação de serviços a terceiros. Comprometo-me a não solicitar experimentos desnecessários e a incluir agradecimentos ao LabRMN UFPR em publicações científicas que utilizarem resultados de análises feitas pelo LabRMN UFPR.

Confirmo que li e aceito esta declaração.

Data: ___ / ___ / ___

Nome/Assinatura/Orientador

Nome/Assinatura/Solicitante

ESPAÇO RESERVADO / USO INTERNO

ESPAÇO RESERVADO / ASSINATURA DIGITAL