



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA
LABORATÓRIO DE INFRAVERMELHO
BLOCO 31 SALA 08 – Telefone (44) 3011-3683
infravermelhouem@gmail.com

Solicitante: _____

Orientador: _____

Departamento: _____

E-mail _____

Telefone/Ramal _____ Data: __/__/__

Tipo de Análise:

() Pastilha -(Amostra e KBr devem estar secos e triturados - Pesar no mesmo frasco (aproximadamente) - **2 mg de amostra com 200 mg KBr**)

() Leitura direta da amostra (filmes)

() Em placa de KBr (amostra líquida isenta de água)

() ATR

() Outras _____

Espectro: T% () Solubilidade: _____
ABS ()

Código da amostra (Máximo 8 letras)

1- _____ 7- _____

2- _____ 8- _____

3- _____ 9- _____

4- _____ 10- _____

5- _____ 11- _____

6- _____ 12- _____