



## REQUISIÇÃO DE USO Centrífuga - MiniSpin Plus



N°

Aluno: \_\_\_\_\_ Orientador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Número de amostra(s): \_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Características físicas da(s) amostra(s): \_\_\_\_\_

Hora (Início): \_\_\_\_\_ Hora (Fim): \_\_\_\_\_

### **Informações sobre as amostras:**

**Cuidados com a Centrífuga Minispin Plus:** a centrífuga não pode ser deslocada enquanto estiver funcionando; não centrifugar substâncias explosivas ou deflagrantes; não é permitido centrifugar líquidos de densidade superior a 1,2 g/mL à velocidade de rotação máxima; o peso máximo permitido por furo, correspondente a 4,0 g, inclui adaptador + recipiente + conteúdo.

Eu, \_\_\_\_\_ (RESPONSÁVEL PELO SOLICITANTE),  
abaixo assinado, assumo total responsabilidade por eventuais danos ou avarias causados ao equipamento, decorrentes de incompletude, omissão ou imprevisão das informações apresentadas neste formulário.

Aos responsáveis pelo equipamento é reservado o direito da não execução da análise caso seja(m) previsto(s) risco(s) ao equipamento.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do solicitante do uso do equipamento

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do RESPONSÁVEL pelo solicitante