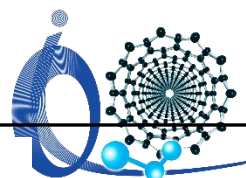




Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Exatas e da Terra
Instituto de Química – Central Analítica
Laboratório de Ressonância Magnética Nuclear



REQUISIÇÃO DE ANÁLISES POR RMN

ATENÇÃO: De acordo com instrução da CIPA, todas as substâncias que apresentarem algum risco de saúde deverão ser previamente informadas.

Uso de luvas:

Máscara: _____

Óculos de proteção: S

DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Código: **FSQX 1, FSQX 2, FSQX 3, NDDO 1, NDDO 2, SFTZ 1, SFTZ 2, ACFTZ**

Massa fornecida para análise: _____ Massa Molecular: _____

Fórmula Molecular: _____ Temperatura (°C): _____ Solvente: **DMSO e CHCl₃**

TMS: () Sim (x) Não

EXPERIMENTOS – ANÁLISE DE LÍQUIDOS

1D - (**X**) ¹H () ¹³C-BB (**X**) ¹³C-DEPTQ

2D - () COSY () HSQC () HMBC () NOESY

Outros: _____

EXPERIMENTOS – ANÁLISE DE SÓLIDOS

Rotação (kHz): _____ Temperatura (°C): _____ Intervalo entre os pulsos (s): _____

Tempo de contato (ms): _____ Número de scans (se souber): _____

Núcleos de interesse:

() ¹³C () ²⁹Si () ²⁷Al

OBSERVAÇÕES: Para amostras líquidas sugere-se a aquisição de solventes com TMS. O solicitante deve certificar que as amostras estarão em solução homogênea com o solvente deuterado (0,5 mL), com ausência de material particulado ou sistemas bifásicos.

Ao divulgar o trabalho contendo dados obtidos neste equipamento o usuário deverá agradecer ao Instituto de Química da UFRN (IQ-UFRN).

DADOS DO USUÁRIO

Nome: **ERIVALDO PAULINO DA COSTA** Instituição/Departamento/Laboratório: **SÍNTESE ORGÂNICA**

Contato (e-mail/telefone): **paulinoerivaldo@yahoo.com.br / 84 991406793**

Orientador (a): **Dr. Fabrício Gava Menezes**

Forma de Pagamento: () TDO () FUNPEC

Programa de Pós-Graduação/Coordenador (a): PPGQ-UFRN

Assinatura do responsável pelo pagamento: _____

DADOS DO USUÁRIO

Nome: **ERIVALDO PAULINO DA COSTA** Instituição/Departamento/Laboratório: **SÍNTESE ORGÂNICA**

Contato (e-mail/telefone): **paulinoerivaldo@yahoo.com.br / 84 991406793**

Orientador (a): **Dr. Fabrício Gava Menezes**

Forma de Pagamento: () TDO () FUNPEC

Programa de Pós-Graduação/Coordenador (a): _____

Assinatura do responsável pelo pagamento: _____

PROVÁVEL ESTRUTURA:

