

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO ESPECÍFICO
PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE AULA PRÁTICA**

LAB: _____ DISC: _____

PROF.: _____ E-mail: _____

DADOS DA PRÁTICA

DATA: ___/___/___ HORÁRIO: ___:___h

REAGENTES E SOLUÇÕES

Nº	DESCRIÇÃO	Quant.
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Nº	DESCRIÇÃO	Quant.
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		

Declaro estar ciente das Normas de Uso e Segurança dos Laboratórios do CCS/UFRB.

S.A.J. ___/___/___ _____

SERVIDOR DOCENTE

RECEBIMENTO / NUATE

S.A.J. ___/___/___