



## SOLICITAÇÃO DE PRODUTO

N°

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|-------------|----------------|-------------------|--------------------|-----------------|-------------|--|
| Químico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Data<br>10/05/2023                               | Representante<br>Anazatti - Josimar                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Amostra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Prova de Cor | <input checked="" type="checkbox"/> Desenvolvimento                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Outros       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Empresa<br>Rocha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CNPJ                                             | <input type="checkbox"/> Cliente Realfix                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Cliente Novo |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| <b>DADOS DO PRODUTO SOLICITADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Qtde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Produto                                          | Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Norma                                 | Contra Amostra |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 577 BRANCO RAL 9018 - SB                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Previsão de Consumo<br>8 galões                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fornecedor Atual<br>Distribuidora Anazatti       | Preço Estimado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Segmento                              |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Tipo de Substrato<br><input checked="" type="checkbox"/> Aço Carbono <input type="checkbox"/> MDF<br><input type="checkbox"/> Alumínio <input type="checkbox"/> Compensado<br><input type="checkbox"/> Galvanizado <input type="checkbox"/> Pinus<br><input type="checkbox"/> Galvanizado a Fogo <input type="checkbox"/> Aglomerado<br><input type="checkbox"/> Outro _____ |                                                  | Preparo de Superfície<br><input type="checkbox"/> Lixamento <input type="checkbox"/> Jateamento<br><input checked="" type="checkbox"/> Desengraxe <input type="checkbox"/> Galvanização<br><input type="checkbox"/> Fosfatização<br><input type="checkbox"/> Aplicação de Decapante                                                   |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Método de Aplicação<br><input checked="" type="checkbox"/> Pistola Convencional<br><input type="checkbox"/> Airless<br><input type="checkbox"/> Imersão<br><input type="checkbox"/> Rolo<br><input type="checkbox"/> Outro _____                                                                                                                                             |                                                  | Secagem<br><table><tr><td><b>Ao Ar</b></td><td><b>A Estufa</b></td></tr><tr><td>Ao toque _____</td><td>Tempo _____</td></tr><tr><td>Manuseio _____</td><td>Temperatura _____</td></tr><tr><td>Entre demãos _____</td><td>Flash Off _____</td></tr><tr><td>Final _____</td><td></td></tr></table><br>Túnel UV <input type="checkbox"/> |                                       |                | <b>Ao Ar</b> | <b>A Estufa</b> | Ao toque _____ | Tempo _____ | Manuseio _____ | Temperatura _____ | Entre demãos _____ | Flash Off _____ | Final _____ |  |
| <b>Ao Ar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>A Estufa</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Ao toque _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Tempo _____                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Manuseio _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Temperatura _____                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Entre demãos _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Flash Off _____                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Final _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| <b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Desenvolver branco ral 9018 na linha 577 - enviar amostra para o cliente                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| <b>ANÁLISE CRÍTICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Nome e Departamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                         | Aprovada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Motivo                                | Data           |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                         | Reprovada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |
| Entrada Laboratório                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Saída Laboratório                                | Químico Responsável                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                |              |                 |                |             |                |                   |                    |                 |             |  |