

CLIENTE	:	
NOME DO CONTATO	:	
NÚMERO DO TELEFONE	:	
E-MAIL	:	

<b>PRODUTO</b>	LÍQUIDO A SER FILTRADO			
	pH			
	DENSIDADE DO LIQUIDO (kg/dm <sup>3</sup> )			
	VISCOSIDADE (cP)			
	TEMPERATURA DE FILTRAÇÃO (°C)			
	QUANTIDADE DE SÓLIDOS A SEREM RETIDOS (kg/m <sup>3</sup> )			
	DENSIDADE DOS SÓLIDOS (kg/dm <sup>3</sup> )			
<b>PROCESSO</b>	CARACTERÍSTICAS DOS SÓLIDOS A SEREM RETIDOS: <input type="checkbox"/> Cristalino <input type="checkbox"/> Amorfo <input type="checkbox"/> Abrasivo <input type="checkbox"/> Coloidal <input type="checkbox"/> Outros (ESPECIFICAR): _____			
	TIPO DE FILTRAÇÃO	<input type="checkbox"/> Contínuo	<input type="checkbox"/> Batelada	
		Volume a ser filtrado _____ (m <sup>3</sup> /h)	Volume a ser filtrado por batelada _____ (m <sup>3</sup> )	
			Duração mínima da batelada _____ (h)	
			Quantidade de bateladas por dia _____ (dia)	
	TIPO DE DESCARGA DOS SÓLIDOS RETIDOS	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Úmida	
	TEM EXPERIÊNCIA COM FILTRAÇÃO DESTE PRODUTO	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	TIPO DE FILTRO QUE TEM EXPERIÊNCIA			
	UTILIZA AUXILIAR FILTRANTE NA PRÉ-CAPA?	<input type="checkbox"/> Sim (QUAL): _____	<input type="checkbox"/> Não	
	QUANTIDADE DE AUXILIAR FILTRANTE NA PRÉ-CAPA	(QUANTIFICAR): _____ kg/m <sup>2</sup> de área filtrante		
	UTILIZA AUXILIAR FILTRANTE DURANTE A FILTRAÇÃO (DOSAGEM)	<input type="checkbox"/> Sim (QUAL): _____	<input type="checkbox"/> Não	
	QUANTIDADE DE AUXILIAR FILTRANTE DURANTE A FILTRAÇÃO (DOSAGEM)	(QUANTIFICAR): _____ kg/m <sup>3</sup>		
	FLUIDO DE LAVAGEM DA TORTA			
TEMPERATURA DO FLUIDO DE LAVAGEM DA TORTA				
NORMAS APLICÁVEIS				
<b>CLASSIFIC. AÇÃO DE ÁREA</b>	ZONA			
	GRUPO			
	CLASSE			
	GRAU DE PROTEÇÃO			
DETERMINAÇÕES DE MATERIAIS (Recomendações do cliente do material construtivo/vedações/elementos que normalmente já utilizam no produto a ser filtrado)	<b>Vaso</b> <input type="checkbox"/> Aço Carbono <input type="checkbox"/> Aço Inox 304 <input type="checkbox"/> Aço Inox 316 <input type="checkbox"/> Outros (Qual): _____	<b>Vedações</b> <input type="checkbox"/> EPDM <input type="checkbox"/> BUNA-N <input type="checkbox"/> VITON <input type="checkbox"/> SILICONE <input type="checkbox"/> Outros (Qual): _____	<b>Elemento Filtrante</b> <input type="checkbox"/> PES (Poliéster) <input type="checkbox"/> PP (Polipropileno) <input type="checkbox"/> NY (Nylon) <input type="checkbox"/> Aço Inox <input type="checkbox"/> Outros (Qual): _____	
	VALOR BUDGET DISPONVEL PARA O PROJETO			

Obs.: É imprescindível a resposta dos campos que estão destacados em vermelho

NOTAS (DESCREVER SEU PROCESSO ATUAL DE FILTRAÇÃO NA PAGINA ABAIXO E/OU ANEXAR FLUXOGRAMA):

