**Logotipo, nome da empresa

Descrição gerada automaticamente**

**FORMULÁRIO DE ABERTURA DE SERVIÇO – GARANTIA SAC**

|  |
| --- |
| **LABORATÓRIO:** |
| **RAZÃO SOCIAL DA ÓTICA:** |
| **CNPJ: CÓDIGO LAB.:** |
| **SOLICITANTE: DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **NOME DO CONSUMIDOR:**: |
| **C.P.F: TEL.: ( )** |
| **E-mail:** |

**( ) Lentes Prontas ( ) Lente Surfaçada ( ) Com montagem ( ) Sem montagem**

**Tratamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coloração:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| PRODUTO: |

***GRAU A SER PRODUZIDO:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( )** | ESF | CIL | EIXO | ADIÇÃO | BASE | DNP L | DNP P | ALT |
| OD |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OE |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ARMAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO**

( ) Nylon ( ) Parafusos / 3 peças

( ) Acetato ( ) Aro metal

PONTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ED:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(maior diagonal)

A:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(tamanho horizontal)

B:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(tamanho vertical)

**Informações para o Varilux Ipseo NE.**

HE: \_\_\_\_\_\_\_ ST\_\_\_\_\_\_\_\_

LP: 14 ( ) 15 ( ) 16 ( ) 17 ( ) 18 ( )

**Informações para Varilux Ipseo NE e Linha Essilor Fit**

Distância Vértice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ângulo de Curvatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ângulo Pantoscópico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iniciais \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**MOTIVOS:**

**2 RECEITAS** (válido para todas as Ópticas, nos produtos da linha Essilor e Brasilor)

Nome 1º médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_ /\_\_/\_\_ - Nome 2º médico ­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_ /\_\_/\_\_

**MEDIDAS E MONTAGENS – LOJAS VARILUX ESPECIALISTAS** (produtos da linha Essilor)

DNP ( ) ALTURA ( ) PARÂMETROS FIT ( ) Montagem ( )

**GARANTIA CRIZAL**

Arranhão ( ); Defeito no Tratamento ( )

**LENTES TRINCADAS**

Material Stylis ( ); Material Policarbonato ( )

# Obs: Para todos os motivos acima, enviar cópia do pedido de compra (Ótica para o Lab) e a cópia do certificado preenchido com o grau

# e a data da compra. Em caso de duas receitas, enviar a cópia das 2 receitas com diferença de data de até 3 meses de uma para a outra, juntamente com as lentes a serem substituídas.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura e carimbo do responsável da Ótica Assinatura e carimbo do responsável do Laboratório