

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 Styli () ; 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