

FORMULÁRIO DE GARANTIA - SAC

CLIENTE: _____
RAZÃO SOCIAL: _____
CNPJ: _____ CÓD.: _____
SOLICITANTE: _____
DATA: ____/____/____

NOME DO CONSUMIDOR: _____
C.P.F.: _____ CONTATO: _____
E-MAIL: _____

- ☐ Lentes prontas ☐ Lente Surfaçada
☐ Com montagem ☐ Sem montagem

Tratamento: _____ Coloração: _____
PRODUTO: _____

GRAU A SER PRODUZIDO

<input type="radio"/>	ESF	CIL	EIXO	ADIÇÃO	BASE	DNP L	DNP L	ALT
OD								
OE								

ARMAÇÃO <input type="radio"/> nylon <input type="radio"/> acetato PONTE: _____ ED: _____ (tamanho diagonal) A: _____ (tamanho horizontal) B: _____ (tamanho vertical)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> parafusos/3 peças <input type="radio"/> aço metal	Informações adicionais HE: _____ ST: _____ LP: 14 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 16 <input type="radio"/> 17 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> Outras informações Distância Vértice: _____ Ângulo de Curvatura: _____ Ângulo Pantoscópi: _____ Iniciais: _____
--	---	--

☐ **MOTIVO:** _____
Nome 1º médico: _____ Data: ____/____/____
Nome 1º médico: _____ Data: ____/____/____

☐ **MEDIDAS E MONTAGENS**
DNP ☐ ALTURA ☐ PARÂMETROS FIT ☐ MONTAGEM ☐

☐ **MEDIDAS E MONTAGENS**
MATERIAL: _____

Obs:
- Para todos os motivos acima, enviar cópia do pedido de compra e cópia do certificado preenchido o grau e data da compra.
- Em caso de duas receitas, enviar 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