



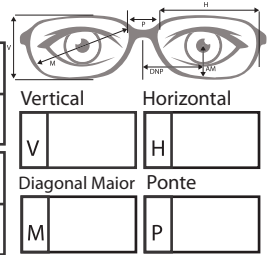
Formulário de Garantia e Assistência

Cod. Óptica:		Óptica:		Responsável Loja:	
N.º Pedido		N.º NF		Tel.:	
Técnico:				Data do Pedido:	
Usuário:				Data da Solicitação:	

Nome produto _____

DIOPTRIA A SER PRODUZIDA

	ESF.	CIL.	EIXO	ADIÇÃO	BASE	DNP (LONGE)	ALTURA
Longe	O.D.						
	O.E.						
Perto	O.D.						
	O.E.						

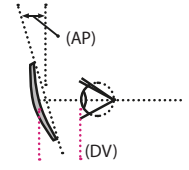


Selecionar a forma aproximada da armação; O modelo será adequado conforme as medidas solicitadas acima. (apenas lentes surfaçadas).



Distância Vértice

Ângulo Pantoscópico



Tipo de armação:

- Acetato
- Nylon
- Metal
- Fio de Aço
- Balgriff
- Balgriff (tambor e bucha dupla)
- Óculos de Segurança
- Optyl

Armação: Modelo / Cor / Marca _____

Condições do aro: _____

Motivo A: 2 Receitas (válido para receitas oftalmológicas com intervalo máximo de 3 meses)

Data da 1º Receita: / /	Nome do 1º Médico:
Data da 2º Receita: / /	Nome do 2º Médico:

Motivo B: Lentes Trincadas Trivex Policarbonato 1.60 1.67 1.74

Motivo C: Não adaptação - óculos anterior - Nome produto _____

Olho	Sintomas
<input type="checkbox"/> OD	<input type="checkbox"/> Visão embaçada
<input type="checkbox"/> OE	<input type="checkbox"/> Campo de visão estreito
<input type="checkbox"/> OD/OE	<input type="checkbox"/> Visão desconfortável
Zona	<input type="checkbox"/> Visão periférica
<input type="checkbox"/> VL	<input type="checkbox"/> Dores de cabeça/olhos ardendo
<input type="checkbox"/> VI	<input type="checkbox"/> Visão dupla
<input type="checkbox"/> VP	<input type="checkbox"/> Campo de perto restrito
<input type="checkbox"/> VL/VI/VP	<input type="checkbox"/> Campo de longe distorcido

	ESF.	CIL.	EIXO	ADIÇÃO	BASE	DNP (LONGE)	ALTURA
Longe	O.D.						
	O.E.						
Perto	O.D.						
	O.E.						

Outros sintomas _____

Motivo D: Garantia Antirreflexo _____

Motivo E: Outros _____

Por uma exigência legal e com intuito de evitar sanções fiscais solicitamos que todo envio de mercadoria deverá obrigatoriamente ter a NF correspondente.

Obs.: Enviar junto a este formulário a cópia da receita e a via original da via de pedidos, juntamente com os certificados (lente e tratamento). Em caso de duas receitas, enviar a cópia das duas receitas juntamente com as lentes a serem trocadas.