



essilor

FICHA CADASTRAL – SAC - BRASIL

(*)NOME DA ÓTICA:	
CNPJ	(*) NR DA NOTA FISCAL DE REMESSA EM GARANTIA
(*)ENDEREÇO:	
(*)CIDADE:	CEP:

(*)NOME DO CONSUMIDOR:	
(*)C.P.F.:	Telefone:

() Bloco Base _____ Adição _____ () Lentes Prontas () Lente Surfaçada.

(*)PRODUTO:

GRAU A SER FEITO OS ÓCULOS

(*)	ESF	CIL	EIXO	ADIÇÃO	BASE	DNP	ALT.	TRATAMENTO
OD								
OE								
(*)Esp de Centro		OD	OE	(*) Prisma Equilíbrio (caso de ½ par)				

(*)ARMAÇÃO: _____ <input type="checkbox"/> Nylon <input type="checkbox"/> Parafusos <input type="checkbox"/> Acetato <input type="checkbox"/> Aro metal (*)PONTE: _____ (*)ED: _____ (maior diagonal) (*)A: _____ (tamanho horizontal) (*)B: _____ (tamanho vertical)

Lentes com medidas personalizadas HE _____ ST _____ LP: 14 () 15 () 16 () 17 () 18 () Distância Vértice OD _____ OE _____ Ângulo de curvatura OD _____ OE _____ Ângulo Pantoscópico OD _____ OE _____ CRO OD _____ OE _____ Iniciais _____ Olho Dominante _____

Motivo: 2 Receitas (Válido para todas as Óticas e todos os produtos)

Nome do 1º médico _____ Data da receita ____/____/____
Data da compra ____/____/____
Nome do 2º médico _____ Data da receita ____/____/____.

Medidas e montagens – Lojas Varilux Especialista (válido para produtos da linha Essilor)

DNP () Altura () DNP e Altura () Montagem () Parâmetros FIT () Parâmetros de personalização ()

Garantia Crizal

Arranhão () Estrias () Descascando () Deformação (Fog Id () Mancha ()

Lentes Trincadas

Material Styli () Material Policarbonato () Sharp Trio ()

Obs:

Para todos os motivos acima, enviar(*) Nota fiscal de Remessa em garantia, cópia do pedido de compra (Ótica para Laboratório), cópia dos certificados preenchidos com a data da compra e lentes a serem substituídas. Em casos de 2 receitas enviar as cópias das receitas onde as mesmas deverão constar carimbo e CRM do médico e a diferença de data entre as receitas deverá ser de até 3 meses.

Assinatura e carimbo do responsável da Ótica ou Laboratório