

Formulário de Garantia e Análise do Produto



DADOS DA ÓTICA

Razão Social: _____ CNPJ: _____

Cidade/Estado: _____ Tel.: () _____

Código: _____ O.S. Antiga (LAB): _____ Data: / / _____

DADOS DO CONSUMIDOR

Nome: _____ CPF: _____ Tel.: () _____

DADOS DA GARANTIA

Nome da Lente ou do Tratamento: _____

Erro Médico *Enviar receitas por Malote Adaptação Outros: _____

Tratamento Antirreflexo: Arranhões Estrias Descascados Deformações
Manchas Outros: _____

Descreva detalhadamente o motivo da assistência:

DADOS DAS LENTES DO CLIENTE

Curva Base: _____ Material: _____ Marca das Lentes: _____

Dnp O.D: _____ Dnp O.E: _____ Alt. Montagem: _____

DIOPTRIA

	Esférico	Cilíndrico	Eixo°
Longe	O.D: _____	_____	_____
	O.E: _____	_____	_____

Adição: _____

SERVIÇOS

Montagem LAB

Montagem Loja

ARMAÇÃO

Tipo de Armação: Nylon Parafuso Metal Acetato Fio de Aço
Segurança Ref: _____

ENVIADOS JUNTOS AO FORMULÁRIO

Armação: Sim Não Receitas: Sim Não Laudo Médico: Sim Não