

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO – SAC ESSILOR BRASIL

ÓPTICA SOLICITANTE

RAZÃO SOCIAL:	CÓDIGO:
(*)CNPJ:	E-MAIL:

OBS 1: E-mail da Óptica para envio de previsão de saída do serviço. – OBS 2: Campo com (*) é de preenchimento Obrigatório. OBS 3: Se a lente for surfacada, preencher as medidas do consumidor e dados do aro.

CONSUMIDOR

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

LABORATÓRIO

LABORATÓRIO:	CÓDIGO:
(*)ENVIAR PARA: () ÓTICA () LAB () Lentes Prontas () Lente Surfacada	

(*)PRODUTO:

GRAU A SER FEITO OS ÓCULOS

(*)	ESF	CIL	EIXO	ADIÇÃO	DNP	ALTURA	BASE	TRATAMENTO
OD								
OE								
(*)Esp de Centro		OD	OE	(*) Prisma Equilíbrio (caso de 1/2 par)				

<p>(*)ARMAÇÃO: <input type="checkbox"/> Nylon <input type="checkbox"/> Parafusos <input type="checkbox"/> Acetato <input type="checkbox"/> Aro metal</p> <p>PONTE: _____ ED: _____ (maior diagonal) A: _____ (tamanho horizontal) B: _____ (tamanho vertical)</p>	<p>Lentes com medidas personalizadas HE _____ ST _____ Distância Vértice OD _____ OE _____ Ângulo de curvatura OD _____ OE _____ Ângulo Pantoscópico OD _____ OE _____ CRO OD _____ OE _____ Iniciais _____ Olho Dominante _____ Distância de Leitura _____ LP: _____</p>
---	---

Garantia Crizal
 Arranhão Estria Descascado Deformação Fog Id Mancha

Garantia de Trinca ou Quebra:
 Policarbonato - TFL, Kodak Poly, Airwear Resina Alto Índice – Stylis e Kodak 1.67
 Resina de Médio Índice – Kodak 1.53

Garantia Outros Tratamentos
Defeitos: deformação, manchas, problema com ativação da propriedade fotossensível, problema com ativação anti-embaçante
 Trio Easy Clean Transitions Xperio No Reflex Optifog

Programa Duas Receitas:

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

Nome do 2º médico _____ Data da receita ____/____/____

Programa Varilux Especialista – Exclusivo para lojas Varilux Especialista
(válido para a Gama Varilux e Essilor Advans) Identificação do erro:

DNP Altura Montagem Parâmetros FIT Parâmetros de personalização.

Obs: 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 com nome, CRM e assinatura. Consulte as condições de troca no Manual de Procedimentos: www.proessilor.com.br/sac

Data da Solicitação: ____/____/____

Assinatura e carimbo do responsável