

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE GARANTIA - SAC IMPERIALLAB

ÓTICA SOLICITANTE	
Razão social:	
Código no laboratório:	Telefone: ()
CNPJ:	

PACIENTE/CONSUMIDOR	
Nome completo:	Telefone: ()
CPF:	Data de nascimento: / /

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	
Data de venda (mesma do certificado):	/ /
Ordem de serviço (6 dígitos):	TSO:

TIPO DE GARANTIA	
<input type="checkbox"/> ERRO MÉDICO <input type="checkbox"/> GARANTIA AR YOU <input type="checkbox"/> GARANTIA CRIZAL <input type="checkbox"/> GARANTIA QUEBRA <input type="checkbox"/> GARANTIA DE TRATAMENTO (Fotossensível, estrias, manchas) <input type="checkbox"/> GARANTIA POR ADAPTAÇÃO	

NOVA PRESCRIÇÃO MÉDICA (SOMENTE PARA ERRO MÉDICO):

	ESF	CIL	EIXO	ADIÇÃO	DNP	ALT
OD						
OE						

	Nome do médico	CRM	Data de prescrição
RECEITA 1			/ /
RECEITA 2			/ /

*Enviar junto ao formulário, as duas receitas com CRM, data de receita e prescrição médica legível.

Anti-reflexo:

Arranhão Estria Descascado Deformação Fog Mancha

Tratamento:

Transitions Xperio No Reflex Optifog Photofusion

*Cabe ressaltar que todos os campos devem ser preenchidos corretamente. Junto ao formulário, deve ser enviado TODOS os certificados de autenticidade e garantia, preenchidos e datados. Caso faltar protocolos, o serviço retornar

