NOME DA EMPRESA:_____ DATA DO PEDIDO:_____

CONTRIBUINTE:_____ REFERÊNCIA DO PEDIDO:_____

PRÉCAL

TIPO DE LENTE	COR	TRATAMENTO

OLHO	ESFÉRICO	CILINDRO	EIXO	ADIÇÃO	PRISMA	EIXO / BASE
D						
E						

OBSERVAÇÕES

Parâmetros por defeito:

Distância Vertex - 12mm
Distância de Leitura - 40 cm
Ângulo Pantoscópico - 10º
Ângulo de Envolvência - 5º

Olho Direito	Olho Esquerdo	Ponte
Naso Pupilar } PD =	Naso Pupilar } PE =	Nariz } D =
Altura } HD =	Altura } HE =	A = B =

Distância Vertex ____ mm

Base: ____

Distância de Leitura ____ cm

Ângulo Pantoscópico ____ º

Ângulo de Envolvência ____ º

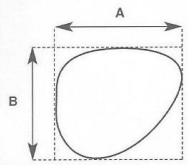
MONTAGEM:

- ☐ Massa Metal
- ☐ Com furos
- ☐ Nylor

ESPESSURA ALTERNATIVA

No Furo_____m/m

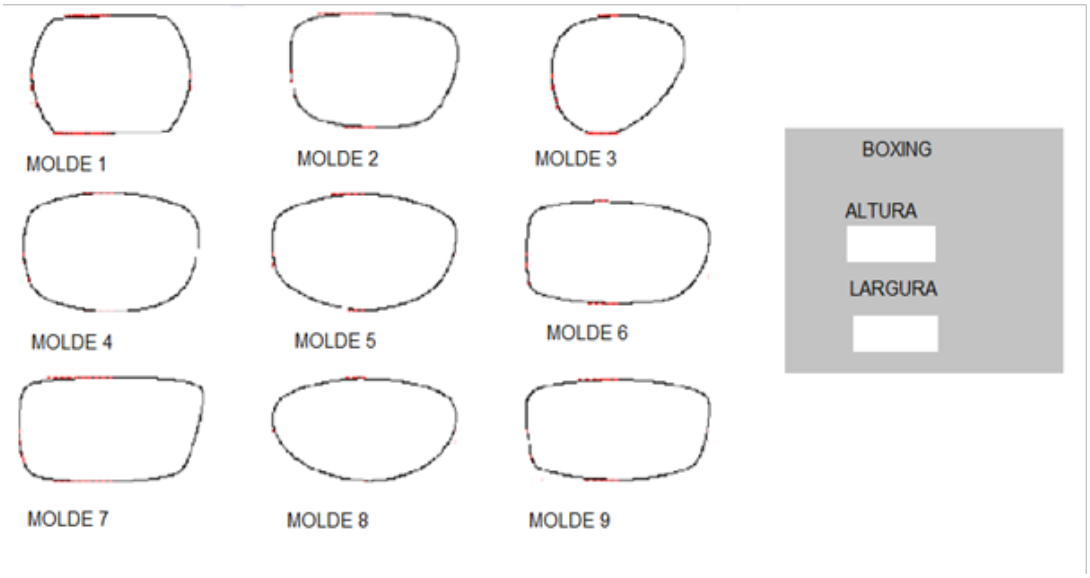
No Bordo Mínimo_____m/m



NARIZ

Observações:

Crystal ® Protect ® iOficce ® Minimax 2 ® V-PRO ® MultiView ® Sport Perception ® Perception ® iRest ® iView ® iMono ®



COMO PEDIR: E-MAIL: pedidos.lda@gmail.com FAX: 21 9550739

TELEFONE: 21 9550739