

Nome:

Data:

NIF/Número de Cliente:

Referência:

	ESF.	CIL (-)	EIXO	ADD	DNP	ALTURA	PRISMA	EIXO/BASE PRISMA
OD								
OE								

TIPO DE LENTE			
COLORAÇÃO			
TRATAMENTO			
DIÂMETRO		BASE CURVATURA	

PONTE			DISTÂNCIA VERTEX	
ALTURA _A			INSET	
LARGURA _B			ÂNGULO PANTOSCÓPICO	
			ÂNGULO DE ENVOLVÊNCIA	
			DISTÂNCIA DE LEITURA	

<p>MONTAGEM</p> <input type="checkbox"/> Massa / Metal <input type="checkbox"/> Com furos <input type="checkbox"/> Nylon	<p>ESPESSURA ALTERNATIVA</p> <p>No Bordo Mínimo _____ mm</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

<p>OBSERVAÇÕES</p>

<p>MOLDE 1 <input type="checkbox"/></p> <p>MOLDE 2 <input type="checkbox"/></p> <p>MOLDE 3 <input type="checkbox"/></p> <p>MOLDE 4 <input type="checkbox"/></p> <p>MOLDE 5 <input type="checkbox"/></p> <p>MOLDE 6 <input type="checkbox"/></p> <p>MOLDE 7 <input type="checkbox"/></p> <p>MOLDE 8 <input type="checkbox"/></p> <p>MOLDE 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>NASAL <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> NASAL</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------