



SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE VALORES			
<b>DADOS DO SOLICITANTE</b>			
Nome:			
Identidade:	Orgão Emissor/UF:	CPF/CNPJ:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:
E-mail:			
<b>DADOS DO SERVIÇO</b>			
Apenas para os hotéis do Sesc/RJ			
Hotel:		Data da Reserva:	
Reserva Nº :		Valor a reembolsar:	
Período da Hospedagem - De:		Até:	
<b>Demais Serviços</b>			
<input type="checkbox"/> Turismo / Passeio <input type="checkbox"/> Esportes / Natação <input type="checkbox"/> Esportes / Judô <input type="checkbox"/> Esportes / Futebol <input type="checkbox"/> Saúde / Odontologia			
<input type="checkbox"/> Turismo / Excursão <input type="checkbox"/> Esportes / Hidroginástica <input type="checkbox"/> Esportes / Vôlei <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>Data</b>	<b>Unidade</b>	<b>Nome do Cliente</b>	<b>Valor a reembolsar</b>
<b>Total</b>			<b>R\$ -</b>
<b>DADOS DO DOCUMENTO FISCAL A SER CANCELADO</b>			
<input type="checkbox"/> Nota Fiscal Nº _____		<input type="checkbox"/> RPS Nº _____	
		Data da emissão:	
<b>JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>			
<b>DADOS BANCÁRIOS</b>			
Favorecido:		CPF:	
Identidade:	Orgão Emissor/UF:	Banco:	
Agência:		Conta:	
<b>PREENCHER SOMENTE QUANDO REALIZADO O PAGAMENTO EM CARTÃO (CRÉDITO OU DÉBITO)*</b>			
Data da vend:	Unidade recebedora:	Valor da venda:	
Bandeira:	4 últimos nº do cartão:	Venc. da Fatura:	
Nº da Autorização / Comprovante de Venda:			
<b>ASSINATURA DO CLIENTE</b>			
Estou ciente que após autorização da devolução pelo Sesc/RJ, o valor será devolvido através de depósito em conta corrente, conta poupança ou devolvido na fatura do cartão de crédito e que poderá ocorrer perdas em virtude de cobertura de despesas administrativas.			
Rio de Janeiro, ____/____/____.			
Assinatura: _____			
<b>PARA USO EXCLUSIVO DO SESC/RJ</b>			
Unidade Solicitante:		Setor:	
Descrição de valores:	Valor a Cancelar/Reembolsar	Valor a Descontar	Valor total a Cancelar/Reembolsar
			R\$ -
			R\$ -
			R\$ -
<b>Total</b>			<b>R\$ -</b>
<b>JUSTIFICATIVA / MOTIVO DOS DESCONTOS</b>			
<b>AUTORIZAÇÃO SESC/RJ</b>			
<input type="checkbox"/> Deferido	Nome do Coordenador :		Matrícula:
<input type="checkbox"/> Indeferido	Assinatura do Coordenador :		Data:
<input type="checkbox"/> Deferido	Nome do Gerente:		Matrícula:
<input type="checkbox"/> Indeferido	Assinatura Gerente:		Data:
<b>EM CASO DE DEVOLUÇÃO PELO CAIXA DA UNIDADE</b>			
Recebi do Sesc/RJ, a importância acima relacionada, referente a devolução de receita solicitada.			
Data: ____/____/____. Assinatura do Solicitante: _____.			

\* ANEXAR: CÓPIA DO COMPROVANTE DE VENDA DO CARTÃO DE CRÉDITO E DO CUPOM DE VENDA (ENVIO À TESOURARIA).