

SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE VALORES - HOSPEDAGEM			
Motivo da solicitação (Cancelamento ou Alteração) :			
DADOS DO RESPONSÁVEL PELA RESERVA			
Nome:			
Identidade:	Orgão Emissor/UF:	CPF/CNPJ:	
Endereço:			Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:
E-mail:			
DADOS DO SERVIÇO			
Hotel (Alpina, Copacabana, Nogueira ou Nova Friburgo):			Nº da Reserva:
Período da Hospedagem :	Valor total pago (R\$):	Data do cancelamento:	
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
DADOS DO PAGAMENTO REALIZADO			
Onde realizou o pagamento da reserva (Site ou unidade) ? (Caso tenha realizado o pagamento na unidade, favor informar no campo unidade recebedora)			
Unidade Recebedora	Forma de pagamento (Crédito, Débito, Boletão e Dinheiro):		
PREENCHER SOMENTE QUANDO REALIZADO O PAGAMENTO EM CARTÃO DE CRÉDITO			
Cartão 1			
Data do pagamento:	Unidade recebedora:	Valor pago:	
Bandeira:	Informe os 6 primeiros nº do cartão e os 4 últimos nº do cartão, conforme o Ex.: 123456*****7890. ____ _ * _ _ _ _ _	Data de vencimento da Fatura:	
Nº da Autorização / Comprovante de Venda:			
Cartão 2			
Data do pagamento:	Unidade recebedora:	Valor pago:	
Bandeira:	Informe os 6 primeiros nº do cartão e os 4 últimos nº do cartão, conforme o Ex.: 123456*****7890. ____ _ * _ _ _ _ _	Data de vencimento da Fatura:	
Nº da Autorização / Comprovante de Venda:			
DADOS BANCÁRIOS PARA EFETIVAÇÃO DA DEVOLUÇÃO DE VALORES (Preencher apenas nos casos de pagamento realizado em boleto, cartão de débito ou dinheiro)			
Banco:	Agência:	Conta:	Tipo de conta (Poupança ou Conta Corrente)
Quando o favorecido for diferente do solicitante, favor preencher os campos abaixo:			
Nome:			CPF:
Valor pago:	Identidade:	Orgão Emissor/UF:	
Caso favorecido não seja o solicitante, favor informar o grau de parentesco:			
ASSINATURA DO CLIENTE			
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. Os pagamentos realizados em cartão e boleto, sofrerão retenção da taxa de serviço (SOMENTE nos casos de reembolso total) de 5% para pagamento por cartão de crédito, 2% para pagamento por cartão de débito e/ou R\$3,00 por boleto gerado.			
OBS: Caso possua cópia do comprovante de venda do cartão de crédito, débito ou boleto, favor anexar.			
Rio de Janeiro, ____/____/____. Assinatura: _____.			
PARA USO EXCLUSIVO DO SESC/RJ			
Descrição de valores:	Valor a Cancelar/Reembolsar	Valor a Descontar	Valor total a Cancelar/Reembolsar
			Total
JUSTIFICATIVA / MOTIVO DOS DESCONTOS			
DADOS DO DOCUMENTO FISCAL A SER CANCELADO			
Nota Fiscal ou RPS ?	Número da NF ou RPS:	Data da emissão:	
AUTORIZAÇÃO SESC/RJ			
<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:
EM CASO DE DEVOLUÇÃO PELO CAIXA DA UNIDADE			
Recebi do Sesc/RJ, a importância acima relacionada, referente a devolução de receita solicitada.			
Data: ____/____/____. Assinatura do Solicitante: _____.			