

| 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) ?<br>(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:  | 4 últimos nº do cartão:                                   | Data de vencimento da Fatura: |   |
| Nº da Autorização / Comprovante de Venda:  |   |                               |   |
| Cartão 2   |   |                               |   |
| Data do pagamento:   | Unidade recebedora:                                       | Valor pago:                   |   |
| Bandeira:  | 4 últimos nº do cartão:                                   | Data de vencimento da Fatura: |   |
| Nº da Autorização / Comprovante de Venda:  |   |                               |   |
| DADOS BANCÁRIOS PARA EFETIVAÇÃO DA DEVOLUÇÃO DE VALORES<br>(Preencher apenas nos casos de pagamento realizado em boleto, cartão de débito ou dinheiro)   |   |                               |   |
| Banco:   | Agência:  | Conta:                        | Tipo de conta<br>(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             |
|  |   |                               |   |
|  |   |                               |   |
|  |   |                               | <b>Total</b>                                  |
| 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: _____.  |   |                               |   |