

**ASSIST-CARD**Tipo de seguro: PREMIUM CLASSIC

Destino:

Período de utilização: de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

DADOS DOS PASSAGEIROS

	Sobrenome	Nome	Sexo	Data Nasc.	Nº Passaporte ou RG
1					
2					
3					
4					
5					
6					

End. Residencial: CEP:

Cidade: UF: País:

Tel. Residencial: () Cel.: ()

E-mail:

CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome:

Endereço: CEP:

Cidade: UF: País:

Tel. Residencial: () Cel.: ()

E-mail:

SOLICITANTE

Nome: E-mail:

Telefone: () Agência:

FAVOR PREENCHER E ENVIAR PARA nettvoyages@nettvoyages.com.br OU PARA O FAX (55 11) 2714.4210