

**Autorização de Débito**

**- Serviço de Viagens -**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ROTEIRO:** |       | **SAÍDA:** |       |
| **PASSAGEIROS:** |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
| **Autorizo a BRASIL AMÉRICA VIAGENS E TURISMO (BRAVITUR OPERADORA) e reconheço o débito em minha conta do cartão de crédito relacionado baixo, para pagamento da viagem dos passageiros relacionado no roteiro acima.** |
| **Bandeira:** |  | **Nome do Titular:** |       |  |
| ☐ Visa |  | **Número:** |     -    -    -      |  |
| ☐Master |  | **Validade:** |       |  |
| ☐Amex |  | **Cód. Identificador:** |       | **CPF:** |       |  |
| ☐Diners |  |  | **Parcelas:** |       | **Valor da parcela:**  | R$      |  |
| ☐Outro |  |  | **Valor TOTAL ( no cartão):** | R$      |  |
|  |
| **Dados do proprietário do cartão:** |
| Nome: |       |
| Endereço: |       |
| Cidade: |       | UF: |       | CEP: |       |
| CPF: |       | RG: |       |
|  |
| ATENÇÃO |
| Qualquer transação realizada fora dos padrões contratuais das Administradoras implicará em sanções legais, tanto para oEstabelecimento e seus intermediários, quanto para o associado.Ao autorizar o débito no cartão de crédito, Associado e Estabelecimento declaram estar ciente e concordar com as seguintescondições:1 – Questionamentos ou cancelamentos dos serviços adquiridos devem ser resolvidos entre as partes, de acordo comascondições gerais do Contrato de serviços entre Estabelecimento e Cliente;2 – O estabelecimento e seus intermediários são responsáveis pela correta aceitação, conferindo na apresentação docartão, sua validade, autenticidade e assinatura do titular;3 – Esta autorização é válida por 15 dias e sua transmissão por fax/e-mail é permitida apenas para agilizar o processo devenda. Em caso de contestação por parte do Associado, o Estabelecimento é responsável pela apresentação deste original,cópia de documento oficial que comprove a assinatura do cliente e cópia do contrato emitido. Estes documentos podem sersolicitados a qualquer momento pelas Administradoras;4 – Caso os serviços sejam prestados em nome de terceiros, seus nomes deverão ser listados acima, para maior Segurança do Associado;5 – Não são aceitos cartões empresariais ou emitidos fora do Brasil;6 – Este formulário não será aceito com rasuras;7 – O valor TOTAL a ser colocado em assinatura em arquivo, deve ser igual ao somatório das parcelas;**8 – A assinatura neste formulário deve ser igual à da IDENTIDADE do Associado.** |
|  |
| **IMPORTANTE:** | AGÊNCIA: |  |
| Enviar em anexo a cópia dos seguintes documentos:- Identidade- CPF- Cartão (frente e verso) | AGENTE: |       |
|  |  |
|  | Local e Data |
|  |  |
|  | Assinatura do titular do cartão – Igual Identidade |