

**FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM SERVIÇOS DE VIAGEM**
**Autorizo e reconheço o débito em minha conta do cartão de crédito abaixo:**

|                                 |                     |               |
|---------------------------------|---------------------|---------------|
| Cartão de Crédito Amex nº:      |                     |               |
| Nome do Associado:              |                     |               |
| Validade:                       | Código de Segurança |               |
| Endereço:                       | CEP                 |               |
| Telefone para Contato:          | CPF:                |               |
| Agência / Operadora de Turismo  | Companhia Aérea     |               |
| Código de Autorização:          | Data:               |               |
| Moeda: R\$ - Real   U\$ - Dolar | Nº de Parcelas:     |               |
| Entrada:                        | Taxa de Embarque:   |               |
| Total Venda: R\$                | Valor Parcela: R\$  |               |
| Hotel                           | Data de chegada     | Data de saída |

**ATENÇÃO**

Ao autorizar no cartão de crédito acima descrito o pagamento do serviço adquirido, o associado e a operadora declaram estar cientes e concordam com as seguintes condições:

- Em caso de cancelamento do serviço adquirido, ficam valendo as regras estabelecidas pela operadora para ressarcimento dos débitos aqui autorizados.
- Quando da confirmação da reserva, a operadora deverá enviar uma via por e.mail ou fax informando as normas e prazo para cancelamento e venda.
- Caso alguns dos serviços constantes dos itens de hospedagem aqui contratados não seja prestado, ou venha a ser prestado sem estar em conformidade com o original contratado, deverá apresentar, dentro de no máximo 30 dias, as devidas reclamações e documentos detalhados, assinados pelo hóspede, comprovando o ocorrido, a fim de que o mesmo seja analisado e sejam tomadas as devidas providências.
- Caso os serviços sejam prestados em nome de outras pessoas que não o titular do cartão, seus nomes deverão ser listados abaixo para maior segurança do associado.

|  |                                                    |
|--|----------------------------------------------------|
|  | <b>Viajantes (para mais nomes utilize o verso)</b> |
|  |                                                    |
|  |                                                    |
|  |                                                    |
|  |                                                    |
|  |                                                    |

Carimbo e Assinatura do Estabelecimento

Local, Data e Assinatura do Titular do Cartão

**NÃO ASSINE EM BRANCO**

Favor Retransmitir este documento assinado para o FAX (24) 2103-8283 juntamente com cópia do cartão e RG legíveis no prazo estipulado.