☐ ☐ ☐	**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO – SERVIÇOS DE VIAGENS**

Autorizo e reconheço o débito em minha conta do cartão de crédito abaixo:
Cartão de crédito n.º
Nome do titular do cartão: (Igual ao do cartão):
Validade: Telefone fixo para contato:
Código de segurança (os três últimos dígitos impressos no verso do cartão, após o número deste):
Agência: Cia. Aérea: Rota:
Cód. Aut: Data: / / Moeda ☐ R$ - Real ☐ US$ - Dólar
Entrada + taxa: Número de parcelas:
Valor da parcela: RAV (R$) código RAV: Total de vendas do cartão:

ATENÇÃO

Qualquer transação realizada fora dos padrões contratuais das Administradora implicará sanções legais, tanto para o portador como para o estabelecimento.

Ao autorizar o débito no cartão de crédito, associado e estabelecimento declaram estar cientes e concordar com as seguintes condições:

1 – Questionamentos ou cancelamentos dos serviços adquiridos devem ser resolvidos entre as partes – Estabelecimento e cliente.

2 – O Estabelecimento e seus intermediários são responsável pela correta aceitação do cartão, conferindo em sua apresentação a data de validade, autenticidade e assinatura do Titular, nos termos do Contrato de Afiliação ao sistema do mesmo.

3 – Esta autorização é válida por 15 dias e sua transmissão por fax é permitida apenas para agilizar o processo de venda. Em caso de contestação por parte do Associado, o Estabelecimento é responsável pela apresentação deste original devidamente preenchido e assinado, cópia frente e verso do cartão, cópia de um documento oficial (emitido por um Órgão Federal/Estadual/Municipal) que comprove a identidade do Portador, cópia dos bilhetes/vouchers e cópia do Comprovante de Venda emitido pelo terminal POS ou POS Autorizador pela administradora. Esses documentos podem ser solicitados a qualquer momento pela administradora e devem ser apresentados de maneira legível.

4 – Caso os serviços sejam prestados em nome de outras pessoas, além do titular do cartão, seus nomes deverão ser relacionados abaixo, para maior segurança do associado, ressaltando que a assinatura do Portador do cartão neste documento é obrigatória.

5– A agencia se responsabiliza pela veracidade dos dados enviados e pelo pagamento total de maneira irrestrita do débito, objeto desta autorização conforme OP nº. _____, em caso de recusa da administradora do mencionado cartão, ou em caso de quaisquer problema com o mesmo.

6 – A autorização deverá ser solicitada pela VOLARE TURISMO e não pela agência.

Carimbo e assinatura da agência de viagem se responsabilizando pela veracidade dos dados enviados e pelo pagamento integral do transporte aqui solicitado em caso de rejeição pela administradora do Cartão independentemente do motivo alegado. _____ Carimbo e assinatura da Agência de viagem	VIAJANTES (para mais nomes utilize o verso) _____ _____ _____ End.:_____ ID.: _____CPF.:_____._____._____-___ _____ Local, dada a assinatura do titular do cartão **NÃO ASSINE EM BRANCO**

VOLARE TURISMO
Rua da Assembleia, 92 • 16º andar - sala 1603 • Centro - Rio de Janeiro - RJ • CEP: 20011-000
Tel: (21) 3177-8866 / 3177-8888 / Cel: 97520-3202
Emergencial (consulte o seu executivo de contas):
Ligação de celular: 0800 777-8111 – Ligação de fixo: (65) 3314-2782