



MERCATUR PREMIUM

MERCATUR TURISMO E VIAGENS LTDA
Rua D. Pedro II, 1240 – Cj 308 – Higienópolis
Porto Alegre – RS – CEP 90.550-141
E-mail: mercatur@mercatur.com.br
Fone: (51) 3026-4411 / Fax: (51) 3343-7816

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO – SERVIÇOS DE VIAGENS

Autorizo e reconheço o débito no cartão de crédito abaixo:

| | | |
|---|----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> American Express | Cartão Nº: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dinners | Nome: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mastercard | Validade: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Visa | Código Ident.: | _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | Fone: | _____ |

Agência de Viagens: _____

Produto: _____

Nº do processo: _____

Moeda: Real (R\$) Valor do débito do cartão: R\$ _____
Valor a ser dividido em (nº de parcelas, em até 5x – exceto AMEX, em até 2x) _____
Valor de cada Parcela – R\$ _____

ATENÇÃO:

Qualquer transação realizada fora dos padrões contratuais das Administradoras implicará em sanções legais, tanto para o Estabelecimento e seus intermediários, quanto para o Associado.

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, de acordo com as condições gerais do contrato entre Estabelecimento e Cliente.
- 2- O estabelecimento e seus intermediários são responsáveis pela aceitação, conferindo na apresentação do cartão, sua validade, autenticidade e assinatura do Titular.
- 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, cópia de documento oficial que comprove a assinatura do cliente e cópia dos bilhetes / vouchers emitidos. Estes documentos podem ser solicitados a qualquer momento pelas Administradoras.
- 4- 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.
- 5- **Mandar cópia do cartão frente e verso e cópia da carteira de identidade.**

OBIGATÓRIO PREENCHIMENTO DO NOME DOS PASSAGEIROS VIAJANTES E SEUS RESPECTIVOS CPFs

_____ / CPF _____

_____ / CPF _____

_____ / CPF _____

_____ / CPF _____

Carimbo e Assinatura da Agência de Viagens

Assinatura do Titular do Cartão
CAMPO OBRIGATÓRIO

Local e Data: _____