



Path Travel Vacation Viagens e Turismo  
Rua Copaíba Lote 12 Bloco A Apto 1802 - Águas Claras – CEP 71.931-720 – Brasília/DF – Brasil  
Tel.: 55 (61) 3257-0542 / (11) 3230-1195  
e-mail: [brasil@pathtravelvacation.com](mailto:brasil@pathtravelvacation.com) – site: [www.pathtravelvacation.com](http://www.pathtravelvacation.com)

## AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO – SERVIÇOS DE VIAGENS

AUTORIZO E RECONHEÇO O DÉBITO EM MINHA CONTA DO CARTÃO DE CRÉDITO ABAIXO:

Cartão	Dados
<input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS	Nº Cartão .....
<input type="checkbox"/> VISA	Nome (como no cartão): .....
<input type="checkbox"/> MASTERCARD	Validade (mm/aaaa) .....
<input type="checkbox"/> DINNERS	Cód. Segurança .....
	Telefone Resid. ....
	Telefone Celular.:

Moeda:  R\$ - Real  US\$ - Dólar

VALOR TOTAL PARCELADO

VALOR DA PARCELA  NUMERO DE PARCELAS: ( )

### ATENÇÃO

Qualquer transação realizada fora dos padrões contratuais das Administradoras implicará em sanções legais ao CLIENTE, ora Titular do Cartão.

Ao autorizar o débito no cartão de crédito, o CLIENTE declara estar cientes e concordar com as seguintes condições:

1. O CLIENTE é responsável pela correta descrição dos dados do cartão de crédito, bem como quanto a sua validade, autenticidade e assinatura.
2. Esta autorização é válida por 15 (quinze) dias, e sua transmissão via e-mail é permitida apenas para agilizar o processo de venda. A entrega dessa autorização de débito em meio físico é obrigatória, uma vez que poderá ser solicitada a qualquer momento pelas Administradoras de cartões de crédito a comprovação de autorização.
3. Caso os serviços sejam prestados em nome de outras pessoas que não o titular do cartão, seus respectivos nomes deverão ser listados abaixo para maior segurança do cliente.
4. No caso de eventual débito, problema ou alteração desta autorização, o CLIENTE, emissor titular do cartão de crédito, autoriza a ANA CLÁUDIA DE LIMA ANTUNES 09544949895, por meio desta, a efetuar a cobrança dos valores pertinentes na forma de fatura à vista.
- 5.

### VIAJANTES (para mais nomes, utilizar o verso)

Nome	CPF

Assinatura do CLIENTE/Titular do Cartão

Local e Data

(NÃO ASSINE EM BRANCO E INUTILIZE OS CAMPOS NÃO PREENCHIDOS.)

**IMPORTANTE:** Anexar cópia frente e verso do cartão de crédito e de um documento de identificação que possibilite a conferência da assinatura.