



FORMULÁRIO DE CONTESTAÇÃO DESACORDO COMERCIAL

LEIA ATENTAMENTE ESSE FORMULÁRIO ANTES DE PREENCHÊ-LO.
É OBRIGATÓRIO A ASSINATURA NO FINAL DO DOCUMENTO.

INFORMAÇÃO DE TRANSAÇÃO	
Nome do titular do cartão:	
Nome do adicional:	
Quatro últimos números do cartão:	
ARN/Número de referência (espaço destinado à BV):	
Data da transação: / /	
Valor da transação:	Valor contestado:
<input type="checkbox"/> Parcelado <input type="checkbox"/> À vista	
<input type="checkbox"/> Serviço não prestado <input type="checkbox"/> mercadoria não recebida	
Nome do estabelecimento informado pelo portador:	
Endereço ou site do estabelecimento informado pelo portador:	
Motivo(s) do não contato com o estabelecimento comercial.	
Dados da entrega e/ou prestação de serviço - endereço, data prevista para a entrega, data de recebimento (se for o caso).	
Especificar a mercadoria ou serviço.	
Especificar se recebeu a mercadoria/serviço (se aplicável).	
Especificar se devolveu a mercadoria ou cancelou o serviço. Especificar data/canal/endereço.	
Breve relato do ocorrido.	

<input type="checkbox"/>	Cancelamento de assinatura (transação recorrente)
<input type="checkbox"/>	Cancelei a assinatura do periódico (jornal, revista, TV a cabo, provedor de Internet, editoras, entre outros) em / / , sob o código de cancelamento mas o estabelecimento continua cobrando em minha fatura. O motivo do cancelamento foi devido a:
a. <input type="checkbox"/>	Renovação indevida da assinatura do periódico.
b. <input type="checkbox"/>	Tentativa de cancelamento da assinatura junto ao estabelecimento.
c. <input type="checkbox"/>	Tentativa de Cancelamento de Débito Recorrente Mensal (trans. Recorrentes).
Por favor, anexar os seguintes documentos: carta de cancelamento emitida pelo estabelecimento e e-mail no qual o estabelecimento responde o e-mail de solicitação de cancelamento feita pelo cliente.	
Mercadoria: <input type="checkbox"/> Quebrada <input type="checkbox"/> Danificada <input type="checkbox"/> Falsificada	
<input type="checkbox"/>	Devolução de mercadoria quebrada/danificada ou devolução espontânea já realizada junto ao estabelecimento
a. <input type="checkbox"/>	A mercadoria veio quebrada/danificada e foi por mim devolvida.
b. <input type="checkbox"/>	A mercadoria foi por mim devolvida dentro do prazo.
Por favor, anexar o seguinte documento: comprovante de devolução da mercadoria.	
<input type="checkbox"/>	Cancelamento de Despesa
<input type="checkbox"/>	Cancelei a despesa e não consta estorno em fatura. Data do cancelamento:
Por favor, anexar o seguinte documento: carta de cancelamento emitida pelo estabelecimento.	
<input type="checkbox"/>	Valor divergente
<input type="checkbox"/>	Consta em minha fatura um valor divergente da compra realizada conforme comprovante de venda que esta em meu poder. O valor correto é de .
(valor por extenso:)	
<input type="checkbox"/>	Pagamentos por outro meio:
<input type="checkbox"/>	Efetuei o pagamento da transação cobrada na minha fatura, por outro meio:
<input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/> Dinheiro <input type="checkbox"/> Outros:
Por favor, anexar o comprovante do meio de pagamento alternativo utilizado.	

Ciente e concordo que as informações serão disponibilizadas às credenciadoras, bandeiras e estabelecimentos comerciais.

Informar e/ou anexar evidência do pedido de cancelamento não processado (log de atendimento, protocolo, código ou e-mail com data e nome do estabelecimento comercial)

Estou ciente e me responsabilizo por todas as informações acima declaradas.

, de de .

Assinatura do Titular do Cartão
(Igual a do cartão utilizado)

Assinatura do Portador Adicional
(Igual a do cartão utilizado)

Obs.: Caso a(s) despesa(s) tenha(m) sido feita(s) no cartão adicional, o titular também deverá assinar o formulário.

Por determinação das Bandeiras do Cartão BV, a ausência da assinatura do cliente neste formulário acarretará no não atendimento da solicitação.

IMPORTANTE:

O cliente tem o prazo de 60 (sessenta) dias para contestar as despesas, a contar com a data de vencimento da fatura na qual consta a transação que o mesmo deseja contestar. O não envio da carta em um prazo máximo de 5 (cinco) dias da reclamação via Fone BV implicará na possibilidade de reinclusão da(s) despesa(s) contestada(s), com os devidos encargos.

A carta deverá ser enviada devidamente preenchida e assinada para o e-mail: formulario@bv.com.br. Caso prefira, você pode enviar para o Suporte Operacional: Caixa Postal 129, São Bernardo do Campo/SP – CEP 09720-971.

Espaço destinado à BV

Preparado por: _____

Data (mm/dd/aa): / /

Número de telefone: _____

E-mail: _____

Certificamos que as informações contidas neste documento expressam o real teor da disputa, responsabilizando-nos por quaisquer inverdades, omissões que prejudiquem ou inviabilizem a apuração e avaliação da contestação.

ATENDIMENTO BV

Na app _____

Meu Cartão BV



No Facebook _____

fb.com/minhabv

No site _____

bv.com.br/minhabv

Nos fones _____

3003 7728

Capitais e regiões metropolitanas

0800 777 2828

Demais localidades

SAC - Informações, reclamações e cancelamentos: 0800 772 8028 ou 0800 771 0755 (especial para deficientes auditivos e de fala).

Ouvidoria: de segunda a sexta, das 9h às 18h, exceto feriados nacionais. 0800 707 0083 ou 0800 771 0755 (especial para deficientes auditivos e de fala), 24h por dia, 7 dias por semana.