



FORMULÁRIO DE CONTESTAÇÃO

LEIA ATENTAMENTE ESSE FORMULÁRIO ANTES DE PREENCHÊ-LO.
É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE PRÓPRIO PUNHO.

DADOS PESSOAIS

Nome do titular do cartão:		
Quatro últimos números do cartão:	CPF:	
Telefone residencial:	Telefone Comercial:	
Endereço:	Bairro:	
Cidade:	CEP:	Estado:

Declaro que não reconheço e não autorizei a(s) transação(ões) relacionadas abaixo:

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR

Assinale este campo somente quando necessitar de mais espaço para descrição das transações não autorizadas (utilizar uma cópia deste formulário para a inclusão de mais transações).

FAVOR ASSINALAR O MOTIVO DA CONTESTAÇÃO

1	<input type="checkbox"/> A(s) transação(ões) não é (são) do meu conhecimento e não foi(ram) por mim autorizada(s), porém estou de posse do meu cartão.
2	<input type="checkbox"/> A(s) transação(ões) não é (são) do meu conhecimento e não foi(ram) por mim autorizada(s). Informo que não estou de posse do meu cartão, pois o mesmo foi: a. <input type="checkbox"/> Perdido - Informar a data da perda: ___/___/___, local: _____ Por favor, anexar os seguintes documentos: cópia do RG e cópia do CPF (ou CNH). b. <input type="checkbox"/> Roubado - A polícia foi comunicada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, por favor, anexar os seguintes documentos: cópia do RG, cópia do CPF (ou CNH) e do Boletim de Ocorrência (B.O.). Preencher os dados abaixo: Data da Ocorrência (B.O.): ___/___/___, local: _____ Nº do B.O.: _____ Cidade: _____ Delegacia: _____ c. <input type="checkbox"/> Não recebi o cartão. (possibilidade de extravio pelo correio). d. <input type="checkbox"/> Outras circunstâncias:
3	<input type="checkbox"/> Nunca solicitei qualquer cartão da BV.
4	<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.

5	<input type="checkbox"/> Cancelei a despesa pelos serviços não prestados. Por favor, anexar nota fiscal em que se comprove que serviço em questão não foi prestado na data prevista. Informar a data: ____/____/____
6	<input type="checkbox"/> Cancelei a despesa de mercadoria não recebida de acordo com a Política de Cancelamento do Estabelecimento, mas o crédito ainda não foi processado em minha fatura. Informar a data que estava prevista a entrega: ____/____/____
7	<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.
8	<input type="checkbox"/> Consta em minha fatura um valor divergente da compra realizada conforme comprovante de venda que está em meu poder. O valor correto é de _____. (valor por extenso: _____)
9	<input type="checkbox"/> Cancelamento de reserva (Hotel/Locadora) em ____/____/____ através do código número _____ Por favor, anexar os seguintes documentos: Enviar documento do estabelecimento informando que a reserva foi cancelada. Se tiver solicitado o cancelamento via e-mail o mesmo deverá enviar cópia desta troca de informações com estabelecimento. O mesmo se aplica para NO SHOW caso o cancelamento tenha ocorrido dentro do prazo.
10	<input type="checkbox"/> Efetuei o pagamento da transação cobrada na minha fatura, por outro meio: a. <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Dinheiro <input type="checkbox"/> Outros: _____ Por favor, anexar o comprovante do meio de pagamento alternativo utilizado.

Tenho ciência de que é direito do Emissor do Cartão investigar o uso indevido ou não autorizado de meu cartão de crédito e estou em pleno acordo em cooperar com qualquer processo de verificação de compras efetuadas mediante uso indevido do cartão e dos meus adicionais (caso o tenha). Declaro também, estar ciente de que a presente contestação poderá gerar a necessidade de fornecer informações às autoridades policiais, à justiça ou a ambos.

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 Visa e Mastercard a ausência da assinatura do cliente neste formulário, acarretará no não atendimento da solicitação.

IMPORTANTE:

O CLIENTE tem o PRAZO de 60 DIAS para contestar as despesas, a contar com a DATA de VENCIMENTO da FATURA, onde consta a transação que o mesmo deseja contestar. O não envio da carta em um prazo máximo de 05 (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, juntamente com os respectivos documentos à BV - através do fax: (11) 4348-6272 - Suporte Operacional, para Caixa Postal 272, São Bernardo do Campo/SP – CEP 09720-971 ou através do e-mail formulario@bv.com.br.