**Formulário de Contestação de Despesa** - **Fraude**

**ENVIAR PARA**

**E-mail Cartão de Crédito:** nacaobrbfla.contesta@brbcard.com.br

**E-mail Cartão Pré-Pago:**  nacaobrbfla.contestaprepago@brbcard.com.br

**Acompanhar o processo e confirmar o recebimento da documentação após 5 dias úteis:** 4000-1915 ou 0800 001 4090

|  |  |
| --- | --- |
| Número do Cartão |  |
| CPF do Titular |  |
| Nome Completo do Titular |  |
| Portador do Cartão (se adicional) |  |
| Endereço de e-mail do Titular |  |
| Telefones de Contato do Titular |  |

**Relacione as transações contestadas:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Estabelecimento** | **Data** | **Valor (reais)** | **Valor (dólares)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

( ) Estou de posse do cartão ( ) Não recebi o cartão.

Não estou de posse do cartão por motivo de: ( ) Perda ( ) Roubo ( ) Furto

A senha estava junto do cartão: ( ) Sim ( ) Não

**( ) Declaro que não reconheço, não participei da transação contestada e nem permiti que terceiros a fizessem.**

**Para os casos de perda, roubo e furto é necessário anexar o boletim de ocorrência policial.**

Reconheço que a Administradora BRBCARD tem a prerrogativa de investigar o uso indevido do meu Cartão de Crédito/ Pré-Pago. Concordo em colaborar com o processo de análise das despesas efetivadas mediante o uso não autorizado do cartão. Estou ciente de que no trâmite do processo, caso me seja solicitado, terei que fornecer informações às autoridades policiais e/ou à justiça. Declaro ainda que nem eu nem qualquer pessoa sob minha responsabilidade e com meu consentimento efetuou ou recebeu qualquer produto ou valor como resultado destas transações.

Declaro que as informações acima contidas são verdadeiras.

Local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

**Assinatura do Portador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Obs. A ausência da assinatura (a próprio punho) do cliente neste formulário acarretará no não atendimento da solicitação.**