

Formulário de Contestação de Compras - FRAUDE **tribanco tricard**

Antes de preencher este formulário entre em contato com nossa Central de Atendimento nos telefones no fim da página para receber orientações sobre as compras que você não reconhece e sobre o envio desse formulário. Leia atentamente este formulário antes de preenchê-lo. É obrigatório o preenchimento de próprio punho.

Dados do titular do cartão 5076 4170 1636 1119, 04 de junho de 2025.

Nome: João Paulo de Oliveira

CPF: 892.522.841.62 Tel.: (67) 996.9932-64

Endereço: P. P. A. C. O

Cidade: ITAPORÃ CHIMENES WEISS Estado (UF): MS

Sobre o cartão utilizado para a efetivação das compras, esclareço que:

☐ Não reconheço o cartão.

☐ Solicitei o cartão, mas nunca o recebi.

☒ Estou de posse do cartão, mas não reconheço as compras relacionadas abaixo.

| Data | Estabelecimento | Valor |
|-----------------|-------------------------------|---------------|
| <u>27.04.25</u> | <u>BOM PREÇO SUPERMERCADO</u> | <u>101,40</u> |
| | | |
| | | |
| | | |

Reconheço o direito do Banco Triangulo S.A. investigar o uso indevido e não autorizado do meu cartão e concordo em cooperar em qualquer processo de verificação de compras efetuadas mediante uso indevido do cartão. Outrossim, estou ciente que a presente contestação poderá gerar a necessidade de fornecer informações às autoridades, à justiça ou para ambas.

Caso seja apurada pelo Banco Triangulo S.A. que a(s) transação(ões) é(são) de minha responsabilidade, autorizo, desde já, o lançamento do valor(res) questionado(s), acrescidos dos encargos e multas previstos no contrato.

Declaro que as informações acima contidas são verdadeiras (o reclamante deve assinar duas vezes).

João Paulo de Oliveira
Assinatura

João Paulo de Oliveira
Assinatura (assinar novamente)

Importante: este documento deve ser enviado através de uma das opções

Fax: (11) 2108 5280.

Email: clientes@tricard.com.br

Central de Atendimento ao Cliente

Capitais e regiões metropolitanas 3003 3099

Demais localidades 0800 722 3099

Whatsapp (11) 3003.3099

SAC 0800 722 3091

Formulário de Contestação de Compras - DESACORDO

Antes de preencher este formulário entre em contato com nossa Central de Atendimento nos telefones no fim da página para receber orientações de como proceder após a abertura da contestação, e sobre o envio desse formulário. Leia atentamente este formulário antes de preenchê-lo. É obrigatório o preenchimento de próprio punho.

Dados do titular do cartão

_____, 04 de julho de 2025.
B076 4120 1636 1119
Nome: João Paulo de Oliveira
CPF: 892.522.841.68 Tel.: (07) 996 9932-64
Endereço: P. PAÇO CHIMENES Nº 155
Cidade: ITAPORÃ Estado (UF): MS

Sobre o cartão utilizado para a efetivação das compras, esclareço que:

() ESTOU EM POSSE DO CARTÃO, REALIZEI A COMPRA, MAS NÃO RECEBI A MERCADORIA/SERVIÇO CONTRATADO;

Qual a mercadoria/serviço contratado: _____

Prazo para entrega/conclusão do serviço: ____/____/2____.

Foi realizado contato com o Estabelecimento? () SIM () NÃO.

Obs.: Encaminhar evidências de tentativa de contato e resposta do Estabelecimento, junto a esse formulário para o e-mail clientes@tricard.com.br

() ESTOU EM POSSE DO CARTÃO, REALIZEI A COMPRA E SOLICITEI O CANCELAMENTO.

Qual a mercadoria/serviço contratado: _____. O Produto/Serviço foi recebido? () SIM () NÃO Data: ____/____/____

Houve a tentativa de devolução: () SIM () NÃO Data: ____/____/____. Data da solicitação do cancelamento: ____/____/2____.

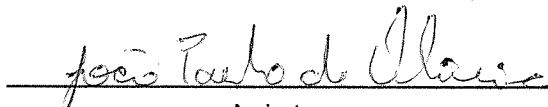
Obs.: Encaminhar evidências de contato e comprovante de cancelamento da compra, junto a esse formulário para o e-mail clientes@tricard.com.br.

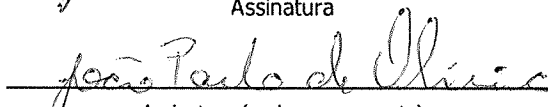
(X) ESTOU EM POSSE DO CARTÃO, REALIZEI APENAS UMA COMPRA, E ELA FOI COBRADA DUAS VEZES NA FATURA.

| Data | Estabelecimento | Valor |
|----------|------------------------|-------|
| 27.04.25 | BOM PREÇO SUPERMERCADO | 10140 |
| | | |

Reconheço o direito de o Banco Triângulo S.A. investigar a situação descrita acima e concordo em cooperar em qualquer processo de verificação de compras que efetuei. Outrossim, estou ciente que a presente contestação poderá gerar a necessidade de fornecer informações às autoridades, à justiça ou para ambas.

Declaro que as informações acima contidas são verdadeiras (o reclamante deve assinar duas vezes).


Assinatura


Assinatura (assinar novamente)

Importante: este documento deve ser enviado através de uma das opções

Fax: (11) 2108 5280.
Email: clientes@tricard.com.br

Central de Atendimento ao Cliente

Capitais e regiões metropolitanas 3003 3099
Demais localidades 0800 722 3099
WhatsApp (11) 3003 3099