

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.

, 07 de fevereiro de 2025.

Dados do titular do cartão 5076 4170 1636 8119

Nome: José Paulo de Oliveira

CPF: 892.522.841.62 Tel.: (67) 996.9332-651

Endereço: P.P.A.C.O

Cidade: ITAPORÁ CHIEMENES MS Estado (UF): M.S

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
07.09.25	BOM PREÇO SUPERMERCADO	101,40

Reconheço o direito do Banco Triângulo 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 Triângulo 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).

José Paulo de Oliveira
Assinatura

José 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 tribanco tricard

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

Nome: José Paulo de Oliveira
CPF: 892.522.861.68 Tel.: (67) 996 9932-64
Endereço: P. P. ACO CHINENES N° 155
Cidade: ITAPORÁ 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.

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

Data	Estabelecimento	Valor
<u>27.07.25</u>	<u>BOM PREÇO SUPERMERCADO</u>	<u>101,40</u>

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