



FORMULÁRIO DE CONTESTAÇÃO

Leia atentamente esse formulário antes de preenchê-lo.



USO INTERNO

LOJA SOLICITANTE: Sigla: _____ Número: _____ Nome: _____

LOJA DE CADASTRO: Sigla: _____ Número: _____ Nome: _____

Associado Responsável pelo Preenchimento: _____

Número ibiCard: _____ CPF do Titular: _____

Número ibiCred/Contrato: _____ RG do Titular: _____

Nome do titular do cartão: _____

Telefone residencial: () _____ Telefone celular: () _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

1. Motivo da Reclamação

() DIVERGÊNCIA NA TRANSAÇÃO (escolha uma das opções abaixo):

() Despesa Cancelada (Enviar comprovante de Cancelamento).

Data: ___/___/____. Motivo: _____, Valor: _____ Protocolo: _____.

() Despesa paga por outro meio (débito, cheque, dinheiro, outro cartão, etc). (Enviar comprovante de pagamento)

Meio utilizado: _____.

() Valor divergente. (Enviar comprovante com valor correto)

Valor correto: _____.

() Mercadoria não foi recebida.

Produto: _____, Data prevista para entrega: ___/___/____.

() Mercadoria recebida com defeito/ não confere com o descrito. (Enviar comprovante de devolução da mercadoria).

Produto: _____, Data de devolução da mercadoria: ___/___/____.

() Serviços não prestados.

Descrição do serviço: _____, Data prevista: ___/___/____.

() Saque: Dinheiro não foi dispensado ou dispensado parcialmente pelo caixa automático.

Valor: _____.

() NÃO RECONHECIMENTO DE COMPRA – CARTÃO EM MÃOS

() PERDA/FURTO – Data: ___/___/____.

() ROUBO – Data: ___/___/____. Sob Coação: () Sim () Não Número do Boletim de Ocorrência: _____.

() NÃO RECEBEU O CARTÃO/ EXTRAVIDO

() NÃO RECONHECIMENTO DE CADASTRO

() NÃO RECONHECIMENTO DE SAQUE

2. Descrição do ocorrido pelo cliente:
