

FORMULÁRIO DE CONTESTAÇÃO DE COMPRAS:

meu CARTÃO

Nome do titular: _____

Número do CPF do titular: _____

Quatro últimos dígitos do cartão: _____

Nome do Adicional do cartão: _____

Telefone com DDD: () _____

E-mail: _____

ATENÇÃO: a abertura da contestação é feita **somente através da Central de Atendimento.**

3004 5060 para Capitais e Regiões Metropolitanas.

0800 073 6637 para demais localidades.

Instruções:

Após a abertura da contestação via Central de Atendimento, **é imprescindível a assinatura e preenchimento completo desta carta de próprio punho pelo Titular do cartão.**

Favor encaminhar o documento para o e-mail **contesta@meucartaomeuestilo.com.br** informando no **campo assunto: Número do CPF e Nome completo do Titular** ou para o endereço: Av. Dolores Alcaras Caldas - Praia de Belas, 90 – 10º andar - Porto Alegre - RS, CEP: 90110-180.

Somente após o recebimento, será iniciado o processo de análise. **A Carta deve ser enviada no prazo de até 10 dias corridos** após a abertura da solicitação na Central de Atendimento, **caso não seja recebida neste prazo, o débito retornará à fatura.**

Para sua segurança, **não é necessário informar o número completo do seu cartão e/ou código de segurança** constante no verso, no momento de preenchimento desta carta.

Você está em posse do Cartão?

() Sim.

() Não estou de posse do cartão por motivo de:

[] Perda. [] Roubo. [] Cartão não recebido. [] Cartão não encontrado.

Marque a alternativa que descreva a situação:

() Não reconheço, não autorizei, não participei da transação contestada e não permiti que terceiros a realizassem.

() Reconheço que participei ou autorizei a transação, porém não estou de acordo com o pagamento ou com a forma de cobrança.

Orientamos que no caso em que reconheça a participação ou autorização da transação, porém não está de acordo com o pagamento ou forma de cobrança, **procure entrar em contato com o estabelecimento para solicitar o cancelamento**, pois é fundamental evidenciar sua intenção de cancelar a despesa, **este procedimento é mais rápido e aumenta as chances de ressarcimento.**

Você já solicitou o cancelamento ao estabelecimento?

() Sim. Data: ____/____/____

() Não. Motivo: _____

Caso não seja possível resolver o problema junto ao estabelecimento, ou já tenha pedido o cancelamento, **encaminhe juntamente com a carta todos os dados e comprovantes que identifiquem e comprovem o cancelamento e/ou as tentativas de contato com o estabelecimento.**

Descreva abaixo a dificuldade encontrada com o produto ou serviço:

Informe as despesas que devem ser analisadas:

Data da compra	Estabelecimento	Valor R\$
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		

Reconheço o direito do emissor, de investigar o uso indevido e não autorizado do meu cartão.

Caso seja identificado pelo emissor que as transações são de minha responsabilidade, autorizo desde já o lançamento dos valores questionados, acrescidos dos encargos e multas previstos no contrato.

Declaro que as informações acima contidas são verdadeiras.

Em todos os casos o Titular deve assinar e caso a revisão de compras seja referente ao adicional, ele também deverá assinar.

1ª Assinatura do Titular

1ª Assinatura do Adicional

Data: ____ / ____ / ____

Em caso de dúvidas, contate a Central de Atendimento (atendimento 24 horas).

realize
Crédito, Financiamento e Investimento S.A.