

## TERMO DE SOLICITAÇÃO DE VEÍCULO RESERVA

Regional atendimento: \_\_\_\_\_.

### DADOS DO ASSOCIADO:

NOME /RAZÃO SOCIAL:	RG:	CPF/CNPJ:
ENDEREÇO:		CIDADE/UF:
E-MAIL:	CELULAR:	TELEFONE FIXO:

<b>DADOS DO VEÍCULO DO ASSOCIADO:</b>			
PLACA\CHASSI:		FABRICANTE:	
MODELO:		ANO:	
<b>DADOS DO CONDUTOR RESPONSÁVEL FINANCEIRO PELA LOCAÇÃO:</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
TELEFONE\CELULAR:		CPF/CNPJ:	
CNH:		VALIDADE:	
RG:		E-MAIL:	

### DADOS DO SINISTRO:

TIPO EVENTO:	DATA DO FATO	DATA DE ACIONAMENTO:	NUMERO BO:	SITUAÇÃO FINAL

### BENEFÍCIO CONTRATADO:

7 DIAS	15 DIAS	20 DIAS	30 DIAS	40 DIAS

**CONSIDERAÇÕES GERAIS:**

O Associado acima supramencionado vem por meio deste, solicitar a liberação de veículo reserva junto ao Clube de Benefícios administrado pela AUTOFACIL BRASIL.

1. A **AUTOFACIL BRASIL** realizará o procedimento de liberação de veículo, a título do benefício “CARRO RESERVA” perante as locadoras parceiras, conforme o regulamento vigente por meio de reembolso.
  
2. A liberação do referido veículo se dará após vistoria conjunta entre representante da pessoa jurídica e associado, que atestarão o perfeito estado de conservação do mesmo, além da quilometragem, e confirmação de tanque cheio, situações que deverão coincidir com a mesma vistoria no ato da entrega do veículo, restando ciente o associado, que qualquer diferença seja de cunho estético, mecânico, falta de gasolina, serão devidamente cobrados do associado, com todos os encargos legais.

Vitória da Conquista/BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
**ASSOCIADO (a)**

\_\_\_\_\_  
**AUTO FÁCIL BRASIL**

**Testemunhas:**

**NOME:**  
**CPF:**

\_\_\_\_\_  
**NOME:**  
**CPF:**