



ASB VIAGENS E TURISMO LTDA.
CNPJ: 25.962.986/0001-01
Av. Álvares Cabral, 374 - Sala 301 - Lourdes - CEP: 30.170-001
Belo Horizonte / MG
Tel.: 31-3309.9210 • E-mail: Nivaldo@asbviagens.com.br

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA RESERVA DE HOSPEDAGEM

Pelo presente instrumento, o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ sob nº 00.136.858/0001-88, com endereço na Rua Afonso Pena, nº 1902, Bairro Anchieta, Pato Branco/PR, doravante denominado CONTRATANTE, declara estar ciente e de acordo com as condições abaixo referentes à contratação de hospedagem intermediada pela ASB Viagens e Turismo Ltda., inscrita no CNPJ sob nº 25.962.986/0001-01.

1. DO SERVIÇO CONTRATADO

O CONTRATANTE autoriza a ASB Viagens e Turismo Ltda. a efetivar as reservas de hospedagem referentes ao XXXVIII Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná, no período de 16/11/2026 a 19/11/2026, em Foz do Iguaçu/PR, conforme proposta comercial apresentada e aprovada.

As reservas contemplam:

- Gran Carimã Resort - Foz do Iguaçu/PR: 9 apartamentos, com café da manhã, conforme condições e categorias descritas na proposta.
- Cataratas Park Hotel - Foz do Iguaçu/PR: 8 apartamentos casal luxo, com café da manhã.

Valor total das hospedagens: R\$ 37.243,95 (trinta e sete mil, duzentos e quarenta e três reais e noventa e cinco centavos).

2. DA CONDIÇÃO DE CANCELAMENTO

O CONTRATANTE declara ter sido informado previamente de que as tarifas de hospedagem acima mencionadas são tarifas irrevogáveis e não reembolsáveis, conforme condições estabelecidas pelos respectivos hotéis.

Dessa forma, após a autorização e efetivação das reservas pela ASB Viagens e Turismo Ltda., eventual solicitação de cancelamento, redução de apartamentos ou alteração que gere cobrança pelo hotel estará sujeita às condições e penalidades aplicáveis às tarifas contratadas, podendo resultar na cobrança integral dos valores.

O CONTRATANTE declara estar ciente de que a ASB Viagens e Turismo Ltda. realizará as reservas com base nesta condição e que quaisquer valores eventualmente cobrados pelos hotéis em razão de cancelamento ou alteração serão de responsabilidade do CONTRATANTE.

3. DA AUTORIZAÇÃO

Ao assinar este termo, o CONTRATANTE confirma que teve conhecimento das condições de cancelamento antes da efetivação das reservas e autoriza expressamente a ASB Viagens e Turismo Ltda. a proceder com a confirmação das hospedagens, assumindo as condições de não cancelamento e não reembolso informadas neste documento.

Eventuais exceções somente poderão ocorrer caso sejam expressamente autorizadas pelos hotéis, não havendo garantia de concessão de crédito, remarcação ou reembolso.

4. DA CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

O CONTRATANTE declara que leu, compreendeu e concorda integralmente com as condições acima, especialmente quanto à característica irrevogável e não reembolsável das tarifas, autorizando a efetivação das reservas.

Belo Horizonte/MG, ____ de _____ de 2026.

CONTRATANTE	ASB VIAGENS E TURISMO LTDA.
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE CNPJ: 00.136.858/0001-88 Responsável pela autorização: VILMAR SCHMOLLER Cargo: PRESIDENTE CPF: ***.910.449-** 	CNPJ: 25.962.986/0001-01 Representante: _____ Assinatura: _____



Assinantes



VILMAR SCHMOLLER

Assinou em 17/08/2026 às 11:31:22 com Certificado Digital Qualificado, emitido em nome de VILMAR SCHMOLLER com o CPF ***.910.449-**, nos termos do § 1º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.

Eu, VILMAR SCHMOLLER, estou ciente das normas descritas na Lei nº 14.063/2020, no que se refere aos tipos de assinaturas consideradas como válidas para a prática de atos e interações pelos Entes Públicos.

Veracidade do documento



Documento assinado digitalmente.

Verifique a veracidade utilizando o QR Code ao lado ou acesse o site **verificador.betha.cloud** e insira o código abaixo:

VQW-8JK-RDP-EW5