



ANS-Nº31526-5

## PARANÁ ASSISTÊNCIA MÉDICA – PAM SAÚDE

Av., Carlos Correa Borges Nº 1130 – Jd. Guaporé – **Maringá** – PR – CEP: 87060-215,  
Rua Nereu Ramos Nº 2591 – Jd. Claudete – **Cascavel** – PR – CEP: 85811-340

### TERMO DE CIÊNCIA TERAPIA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro (a), inscrito (a) no CPF  
sob nº \_\_\_\_\_, beneficiário do contrato nº \_\_\_\_\_, declaro para  
os devidos fins, que fui informado, que o local credenciado para realização de **Terapias para  
tratamento de Transtorno do Espectro Autista**, é o **Hospital-dia Rede Cross**.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável