

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