



TERMO DE INTERRUPÇÃO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Eu, _____, portadora do CPF _____
(Nome do paciente)

declaro que, no decorrer da avaliação neuropsicológica realizada pela profissional _____, foi identificado que o meu estado emocional atual
(Nome da avaliadora)

está impactado por diversos problemas pessoais, o que pode interferir negativamente nos resultados dos testes aplicados, gerando possíveis falsos positivos ou negativos.

Após uma conversa e em comum acordo com a profissional responsável, foi decidido que, para garantir a precisão e a validade dos resultados da avaliação, o melhor curso de ação é a interrupção temporária do processo de avaliação neuropsicológica.

Declaro estar ciente de que a retomada da avaliação poderá ser considerada em um momento futuro, quando meu estado emocional estiver mais estabilizado, visando assegurar que os resultados refletem de maneira mais precisa o meu estado cognitivo e comportamental.

Assino este documento de livre e espontânea vontade, ciente das implicações e concordando com a decisão tomada. _____ / _____ / _____.

Declaro que fui informado (a), estou ciente e aceito os termos deste contrato.

Nome: _____

Assinatura do paciente

Assinatura do profissional



MATRIZ

☎ (61) 3554-6556
✉ (61) 9 9199-6497
FILIAL
☎ (61) 3686-6852
✉ (61) 9 9379-4244



FILIAL

☎ (61) 3532-2867
✉ (61) 9 9558-6749
✉ clinicapsiquebrasilia