



## TERMO DE RECEBIMENTO DE LAUDO NEUROPSICOLÓGICO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal de \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, venho por meio deste termo, confirmar o recebimento do Laudo Neuropsicológico referente ao(a) meu/minha filho(a). Declaro que recebi o referido documento na data de hoje e que estou ciente das informações contidas nele, bem como das orientações e recomendações apresentadas.

Estou ciente também de que o laudo foi elaborado pela neuropsicóloga \_\_\_\_\_ – CRP \_\_\_\_\_, profissional devidamente habilitada e que estou em contato para quaisquer esclarecimentos necessários.

Assino o presente termo, para que produza seus efeitos legais.

Brasília/DF, \_\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) Responsável

### Observações:

1. O término de recebimento deve ser arquivado no prontuário do(a) paciente.
2. Em caso de dúvidas sobre o conteúdo do laudo, favor entrar em contato com o profissional que o elaborou.



#### 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