



## TERMO DE INTERRUÇÃO 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 reflitam 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  
📍 @clinicapsiquebrasil