**ANEXO E**

**Termo de Recebimento do Laudo**

| **Identificação da clínica** | |
| --- | --- |
| Razão social (pessoa jurídica) ou nome completo (pessoa física) do prestador de serviço: |  |
| CNPJ (pessoa jurídica): |  |
| Nome completo do profissional responsável pelo procedimento: |  |
| CRP do profissional responsável: |  |

| **Identificação do usuário** | |
| --- | --- |
| Nome completo do paciente: |  |
| Nome completo do responsável pelo paciente (caso se aplique): |  |

| **Pacotes de Avaliação** | | |
| --- | --- | --- |
| ( ) 1 - Avaliação neuropsicológica para Transtornos do Desenvolvimento Intelectual  (Cod. CBMDF 70010084) | ( ) 2 - Avaliação neuropsicológica para Transtornos Globais do Desenvolvimento  (Cod. CBMDF 70010085) | ( ) 3 - Avaliação neuropsicológica para outros Transtornos do Desenvolvimento  (Cod. CBMDF 70010086) |
| ( ) 4 - Avaliação neuropsicológica para Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade  (Cod. CBMDF 70010087) | ( ) 5 - Avaliação neuropsicológica para declínio cognitivo associado a envelhecimento, intoxicação ou lesões neurológicas  (Cod. CBMDF 70010088) | ( ) 6 - Avaliação neuropsicológica pré-cirurgia bariátrica  (Cod. CBMDF 70010089) |

| Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, atesto que recebi o laudo psicológico referente à conclusão da avaliação neuropsicológica indicada acima e que foi realizada sessão de devolutiva de resultados. | |
| --- | --- |
| Data:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo  (profissional responsável pela avaliação) |