



## Prefeitura de Jundiaí

### Termo de Recusa ao tratamento de Sífilis em Gestantes - Parceiro

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do CPF \_\_\_\_\_, parceiro da Gestante  
\_\_\_\_\_ em acompanhamento  
pré-natal na Unidade de Saúde \_\_\_\_\_.

Declaro para todos os fins, que recuso-me à realizar o tratamento adequado da Sífilis em Gestante. Declaro, também, estar ciente que as complicações gestacionais causadas pela Sífilis podem variar de aborto, má formação físicas e neurológicas do bebê e até a morte neonatal. Afirmo ter sido informado que a sífilis congênita é a maior causa de morte neonatal.

Jundiaí, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

Parceiro

---

Assinatura do Profissional