



## Prefeitura de Jundiaí

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

Eu, \_\_\_\_\_,  
portadora do CPF \_\_\_\_\_-\_\_\_\_, 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 informada que a sífilis congênita é a maior causa de morte neonatal.

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

---

Gestante

---

Assinatura do Profissional