

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, residente à _____, mãe/pai/responsável legal do recém-nascido _____, **nascido em** __/__/____, na Associação Beneficente Evangélica de Joinville – Hospital Dona Helena, declaro, de forma livre, consciente e informada, que **RECUSO EXPRESSAMENTE** os seguintes procedimentos médicos recomendados para o meu filho(a):

- () Administração de vacina BCG
- () Administração de vacina Hepatite B
- () Administração de colírio de PVPI
- () Administração de vitamina K intramuscular

Estou ciente de que tais procedimentos são recomendados pelos órgãos de saúde, incluindo o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Organização Mundial da Saúde, e que a recusa pode expor meu filho (a) a riscos como:

1. Recusa da Vacina BCG (contra Tuberculose)

- **Risco de tuberculose grave:** A vacina BCG protege contra formas graves de tuberculose, como a **tuberculose miliar** e **meningite tuberculosa**. A recusa coloca o bebê em risco de desenvolver essas formas graves da doença, que podem ser fatais.
- **Contágio:** Sem a vacina, o bebê fica vulnerável ao contato com pessoas infectadas pela tuberculose, podendo contrair a doença de forma mais severa.

2. Recusa da Vacina Hepatite B

- **Risco de infecção pelo vírus da hepatite B:** A vacina contra hepatite B é a principal forma de prevenção contra a infecção pelo **vírus da hepatite B (VHB)**, que pode causar **cirrose hepática, câncer de fígado e insuficiência hepática** no futuro.
- **Transmissão vertical:** Sem a vacina, o bebê fica vulnerável a contrair a hepatite B no momento do parto, caso a mãe seja portadora do vírus.

3. Recusa do Colírio de Nitrato de PVPI

- **Risco de oftalmia neonatal:** A oftalmia neonatal é uma infecção ocular grave que pode ocorrer em bebês expostos a infecções como **gonorreia** ou **clamídia** no momento do nascimento. Se não tratada, essa condição pode levar à **cegueira permanente**.
- **Complicações graves:** A infecção ocular pode resultar em danos irreversíveis, como **conjuntivite purulenta**, podendo comprometer a visão do bebê de forma permanente.

4. Recusa da Vitamina K Intramuscular

- **Risco de Doença Hemorrágica do Recém-Nascido (DHRN):** A vitamina K é essencial para a coagulação sanguínea. A sua recusa pode levar à **hemorragia grave** no recém-nascido, especialmente nos primeiros dias de vida, com risco de sangramentos cerebrais e até morte.
- **Sangramentos:** Sem a vitamina K, o bebê pode sofrer sangramentos espontâneos em órgãos vitais, como o cérebro, os pulmões e o trato gastrointestinal.

Declaro ter recebido todas as orientações da equipe médica sobre os benefícios, riscos e possíveis consequências da não realização desses procedimentos, bem como a recomendação expressa para sua realização. Assumo total responsabilidade pelos eventuais danos à saúde do recém-nascido decorrentes desta recusa e isento o hospital, seus profissionais e equipe médica de qualquer responsabilidade civil, criminal ou ética sobre os possíveis desfechos adversos.

Estou ciente de que, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), a recusa de medidas essenciais à saúde do recém-nascido pode ensejar a comunicação ao Conselho Tutelar e demais órgãos competentes para a devida avaliação da situação.

Por ser expressão da minha vontade, firmo o presente termo na presença de testemunhas.

Assinatura do Responsável Legal: _____

Nome: _____

CPF: _____

Testemunha: _____ Testemunha: _____

Nome: _____ Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:_____