

Ao,

Diretor Clínico / Diretor Técnico: \_\_\_\_\_

SND (Serviço de Nutrição e Dietética): \_\_\_\_\_

Chefe da Equipe de Enfermagem: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_, do

Hospital \_\_\_\_\_.

Eu \_\_\_\_\_,  
portador do CPF \_\_\_\_\_ e RG \_\_\_\_\_,  
tenho o diagnóstico de **Doença Celíaca, CID 10 K90.0**, doença autoimune sistêmica  
disparada pela ingestão de Glúten contido nos cereais trigo, cevada, centeio, aveia e  
em seus derivados.

Por meio desta, informo que não posso, em hipótese alguma, ingerir ou entrar em  
contato direto ou indiretamente com qualquer coisa que contenha glúten ou apresente  
risco de contaminação cruzada com trigo, cevada, centeio, aveia e/ou derivados, seja  
**alimentos, medicação ou luva de procedimentos**, porque isso significa um risco  
acrescido de piora clínica ou de morte.

Sendo assim, minha alimentação deve ser preparada em local exclusivo, livre de  
quaisquer traços de glúten, portanto, uma cozinha livre de qualquer alimento que  
contenha glúten na sua composição. Porém, na ausência de ambiente adequado, o  
hospital deverá terceirizar a alimentação ou permitir que eu ou minha família providencie  
uma alimentação segura e adequada. Por fim, esclareço que a Dieta sem Glúten é o  
único tratamento para eu possa alcançar saúde e qualidade de vida.

Coloco em vossas mãos minha saúde, amparada pela Constituição Federal e Código  
de Defesa do Consumidor. Diante disto, acredito que Vossas Senhorias irão informar e  
capacitar toda sua equipe para o atendimento do paciente celíaco com segurança.

Certo de vossa atenção,

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Paciente)

Recebido em:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

