

_____, ____ de _____ de 2020

Ao Diretor Técnico

Eu _____, portador de Carteira de Identidade nº _____ e CPF _____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 seus derivados.

Por meio desta informo e reforço 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, aveia, cevada, centeio e/ou derivados, seja alimento, medicação ou luva de procedimentos, porque isso significa um risco acrescido de morte.

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

Certo de sua ação,

(Carimbo / Rubrica)

Recebido em: __/__/2020

_____, ____ de _____ de 2020

Ao Diretor Técnico _____

Eu _____, portador de Carteira de Identidade nº _____ e CPF _____ tenho o diagnóstico de **SENSIBILIDADE AO GLÚTEN NÃO CELÍACA, CID 10 K90.41**, provocada pela ingestão de Glúten contido nos cereais trigo, cevada, centeio, aveia e seus derivados.

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

Coloco em suas mãos minha saúde, amparada pela Constituição Federal e Código de Defesa do Consumidor. Diante disto, acredito que Vossa Senhoria irá informar e capacitar toda sua equipe para o atendimento do paciente sensível ao glúten não celíaco com segurança.

Certo de sua ação,

<p>_____</p> <p>(Carimbo / Rubrica)</p> <p>Recebido em: ___/___/2020</p>
--

_____, ____ de _____ de 2020

Ao Diretor Técnico _____

Eu _____, portador de Carteira de Identidade nº _____ e CPF _____tenho o diagnóstico de **ALERGIA A TRIGO/GLÚTEN, CID 10 T 78.4**, provocada pela ingestão e contato com as proteínas do Trigo e contaminação por traços de trigo que podem estar presentes na cevada, centeio, aveia e outros alimentos.

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

Coloco em suas mãos minha saúde, amparada pela Constituição Federal e Código de Defesa do Consumidor. Diante disto, acredito que Vossa Senhoria irá informar e capacitar toda sua equipe para o atendimento do paciente alérgico com segurança.

Certo de sua ação,

(Carimbo / Rubrica)

Recebido em: ___/___/2020