

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO TERAPÊUTICO (AUT)**  
***Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form***

Favor preencher todos os campos, com letra de forma ou digitado. Cabe ao atleta preencher as seções 1, 5, 6 e 7; ao médico, as seções 2, 3 e 4. Formulários ilegíveis ou incompletos serão devolvidos e será necessário seu reenvio. *Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.*

**1. Informações do atleta / *Athlete Information***

Sobrenome/ *Surname*: ..... Nome/ *Given Names*: .....

Feminino      Masculino          Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): .....  
*Female*                      *Male*                      *Date of Birth (dd/mm/yyyy)*

Endereço Completo: .....  
*Full Address*

Cidade: ..... País: ..... CEP: .....  
*City*                                      *Country*                                      *Post Code*

Tel.: ..... E-mail: .....  
(Com código internacional/ *With International Code*)

Esporte/*Sport*: ..... Modalidade/*Discipline*: .....

Data da próxima competição/ *Next competition*: .....

Clube ou Organização Esportiva Nacional ou Internacional: .....  
*International or National Sport Organization or Club*

Se for atleta com deficiência, indicar qual a classe: .....  
*If athlete with an impairment, indicate impairment*

Por favor, assinale os campos apropriados / *Please mark the appropriate boxes:*

- Faço parte do Grupo Alvo de Testes da ABCD / *I am part of ABCD's Registered Testing Pool*
- Faço parte do Grupo Alvo de Testes de uma Federação Internacional / *I am part of an International Federation Registered Testing Pool*
- Sou filiado a uma Confederação Esportiva Nacional / *I am affiliated with a National Sportive Confederation*

**2. Informações médicas / *Medical information***

Diagnóstico com informações médicas suficientes (vide nota 1) / *Diagnosis with sufficient medical information (see note 1):*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Se um medicamento permitido pode ser usado para tratamento da condição médica, providenciar uma justificativa clínica para requerimento de uso da medicação proibida.

*If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3. Especificações Medicamentosas / Medication details

Substância(s) proibida(s): <i>Prohibited substance(s):</i> Nome genérico <i>Generic name</i>	Dose <i>Dosage</i>	Via de Administração <i>Route of Administration</i>	Frequência <i>Frequency</i>
1.			
2.			
3.			

Duração do tratamento: (Favor marcar o campo apropriado)  <i>Intended duration of treatment:</i> (Please tick appropriate box)	Somente uma vez/ <i>Only Once</i> <input type="checkbox"/> - Data/Date:...../...../.....  <input type="checkbox"/> Emergência/ <i>Emergency</i> - Data/Date:...../...../.....  Ou duração (semanal/mensal/anual): ..... <i>Or duration (weekly / monthly/ yearly)</i>
--	--

### 4. Pedidos Anteriores / Previous Applications

Já enviou algum formulário de AUT? <i>Have you submitted any previous TUE application?</i>	Sim <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	Não <input type="checkbox"/> <i>No</i>
Para qual substância ou método?..... <i>For which substance or method?</i>		
Para quem? ..... <i>To whom?</i>	Quando? ..... <i>When?</i>	
Decisão: <i>Decision</i>	Aprovado <i>Approved</i>	Não aprovado <i>Not Approved</i>

## 5. Pedido retroativo / *Retroactive applications*

Este é um pedido retroativo / *Is this a retroactive application?*

Sim / Yes:

Não / No:

Se sim, qual foi a data de início do tratamento? / *If yes, on what date was treatment started?*

.....

Indicar o motivo / *Please indicate the decision reason:*

Tratamento emergência ou tratamento de uma condição médica aguda foi necessária / *Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary*

Devido a outras circunstâncias excepcionais, não houve tempo ou oportunidade suficientes para apresentar um pedido antes da coleta de Amostras / *Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection*

Pedido antecipado não exigido de acordo com as regras aplicáveis / *Advance application not required under applicable rules*

Outro / *other*

Favor esclarecer / *Please explain:*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 6. Declaração do médico / *Medical practitioner's declaration*



Eu certifico que a informação descrita nos quadros 2 e 3 é verdadeira e que o tratamento acima mencionado é clinicamente apropriado.

*I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriated*

Nome Médico/ *Dr.'s Name*: ..... CRM: .....

Especialidade Médica/ *Medical Specialty*: .....

Endereço Completo/ *Full Address*: .....

.....

.....

Cidade: ..... País: ..... CEP: .....  
*City Country Post code*

Telefone/*Phone*: (.....) ..... Fax: (.....).....

E-mail:.....

Assinatura e Carimbo do profissional médico/ *Signature and Stamp of Medical Practitioner*:

.....

Data/*Date*:...../...../.....

## 7. Declaração do Atleta / *Athlete's Declaration*

Eu,....., certifico que as informações contidas nos quadros 1, 5 e 6 são verdadeiras. Autorizo, portanto, o repasse das informações médicas e pessoais à ABCD (Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem), assim como para os oficiais autorizados da AMA (Agência Mundial Antidopagem), CAUT (Comitê de Autorização de Uso Terapêutico da AMA), CAUTs de outras Organizações Antidopagem e oficiais autorizados a terem acesso a estas informações conforme previsto no *Código Mundial Antidopagem* e no *Padrão Internacional para Autorização de Uso Terapêutico* da AMA.

Autorizo ao (s) meu (s) médico (s) o repasse às pessoas acima citadas das informações de saúde que julgarem necessárias a fim de avaliar e decidir o pleito.

É de meu entendimento que as informações prestadas serão usadas apenas para avaliar a solicitação da AUT (Autorização de Uso Terapêutico), no contexto de investigações e procedimentos relativos a potenciais Violações de Regras Antidopagem.

Havendo o interesse pessoal em:

- a) Obter informação suplementar sobre o uso das minhas informações de saúde;
- b) Exercer o meu direito de acesso e correção; e/ou
- c) Revogar os direitos dessas organizações para obter as minhas informações de saúde,

devo acionar o meu médico e a ABCD peticionando o pedido com justificativa fundamentada.

E de meu conhecimento que, caso concedida, minha AUT poderá ser revogada e, conforme o estabelecido no Código Mundial Antidopagem, pode a ABCD, antes do recebimento de pedido revogatório de AUT, caso haja necessidade, reter as informações relativas à AUT para estabelecer uma possível Violação de Regra Antidopagem.

E de livre aceitação e ciência que: os destinatários da decisão e minhas informações, podem estar localizados fora do país onde resido, portanto, não será válida a negatória de desconhecimento de que em alguns desses países as leis de proteção de dados e privacidade, podem não ser equivalentes às do meu país de residência.

Eu entendo que se eu achar que as minhas informações pessoais não estão sendo usadas em conformidade com este consentimento e o Padrão Internacional para Proteção da Privacidade e das Informações Pessoais da AMA, posso apresentar uma queixa à AMA ou Corte Arbitral do Esporte.

Se as informações enviadas, não estiverem em conformidade ou possuírem erros e de acordo com o estabelecido no Padrão Internacional de Proteção da Privacidade e Informações Pessoais determinadas pela AMA, detenho o direito de apresentar queixa perante a AMA ou à Corte Arbitral do Esporte.

Por fim, concordo que seja repassada a decisão deste pedido para todas as Organizações Antidopagem, ou outras organizações que detenha Autoridade para realização de Teste e/ou de Gestão de Resultados relativas à minha pessoa.

*I, certify that the information set out at sections 1 and 4 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions.*

*I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.*

*I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that even if granted, a TUE can be revoked, and it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code.*

*I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.*

*I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.*

*I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.*

Assinatura do atleta/ *Athlete's signature*:.....

Data/ Date: ...../...../.....

Assinatura do pai/mãe/responsável legal - *Parent's - Guardian's signature*:.....

Data/ Date: ...../...../.....

- Se o atleta for: menor ou possua deficiência que o impeça de assinar o formulário caberá essa responsabilidade: ao pai, mãe ou responsável legal.
- *If the athlete is a minor or has an impairment preventing him/her signing sign this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the athlete.*

## 8. Notas / Notes

<p>Nota 1 Note 1</p>	<p><b>Documentação do diagnóstico / Diagnosis documentation</b></p> <p>Documentos que confirmem o diagnóstico, devem ser anexados a este formulário. A prova médica deverá incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>histórico médico abrangente;</li><li>resultados de todos os exames relevantes;</li><li>investigações laboratoriais e estudos de imagens;</li><li>cópias dos relatórios e cartas devem ser incluídas se possível;</li></ol> <p>A prova deverá ser a mais objetiva possível considerando o quadro clínico apresentado. No caso de condições não evidentes será utilizada pela ABCD opinião médica de apoio independente com o objetivo de auxiliar a solicitação.</p> <p><i>Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non- demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.</i></p>
<p>Nota 2 Note 2</p>	<p><b>Justificando o pedido / Justifying the application</b></p> <p>A AMA mantém uma série de guias para auxiliar os médicos na preparação completa e minuciosa de solicitações de AUT. Os guias para AUT, dirigidos aos médicos, podem ser acessados no site da AMA (<a href="http://www.wada-ama.org">www.wada-ama.org</a>), digitando o termo de pesquisa: Medical Information. Os guias médicos indicam diagnósticos e tratamentos de um certo número de condições médicas que comumente afetam Atletas que necessitam de tratamento com substâncias proibidas.</p> <p><i>WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <a href="https://www.wada-ama.org">https://www.wada-ama.org</a>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.</i></p>



<p>Nota 3 Note 3</p>	<p>É importante ressaltar que a AUT derivada desta solicitação, caso a CAUT decida pela aprovação, somente terá validade em território nacional. Para atletas que competem em eventos internacionais, será necessário solicitar o reconhecimento da AUT à Federação Internacional ou Organização do Evento, sendo que cada entidade possui sua própria política de reconhecimento de AUT. A ABCD se dispõe a auxiliar o atleta no processo de reconhecimento, desde que informada com antecedência razoável para fazê-lo. A ABCD não se responsabiliza pelo prazo de resposta das outras entidades.</p> <p><i>It is worth noting that the TUE deriving from this application, if granted by the TUEC, is valid only on national territory. For the athletes competing in international events, it is necessary to apply for TUE recognition before the International Federation or Event Organization, bearing in mind each organization has its own policy for TUE recognition. ABCD is willing to assist the athlete in the recognition process, as long as this request is made within a reasonable time before the Event. ABCD is not responsible for the time the organization takes to issue a decision.</i></p>
--------------------------	--

Formulários incompletos serão devolvidos ao atleta e, após sua correção de preenchimento, esses, devem ser reenviados à ABCD.

*Incomplete applications will be returned to athlete and need to be resubmitted to ABCD.*

Favor enviar o formulário preenchido para a ABCD no e-mail: [aut@abcd.gov.br](mailto:aut@abcd.gov.br); e mantenha consigo uma cópia deste em seus arquivos.

*Please, submit the completed form to the Anti-Doping Organization in this e-mail: [aut@abcd.gov.br](mailto:aut@abcd.gov.br); and keep a copy of the completed form for your record.*