



# ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

## AUTORIZAÇÃO PARA USO TERAPÊUTICO (AUT) FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO

*Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form*

**Favor completar todos os campos com letra de forma e em caixa alta**

*Please complete all sections in capital letters or typing.*

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

Sobrenome:..... Nome:.....  
*Surname 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 )*

Modalidade: ..... Prova/Categoria: .....  
*Sport Discipline/Position*

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

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

Por favor, assinale os quadrados apropriados / *Please mark the appropriate box:*

- Faço parte do Grupo Alvo de Testes da ABCD / *I am part of the group of the Registered Testing Pool of ABCD*
- 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 in a National Sportive Confederation*
- Nenhuma das acima / *None of the above*

**ABCD - Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem**

Setor de Indústrias Gráficas – SIG, Quadra 4

Condomínio Capital Financial Center – Bloco C, sala 111

Brasília/DF – CEP 70.610-440

Tel.: 55 61 3429 6825 [abcd@abcd.gov.br](mailto:abcd@abcd.gov.br) [www.abcd.gov.br](http://www.abcd.gov.br)



# ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

## 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> <b>Nome genérico</b> <i>Generic name</i>	Dose <i>Dose</i>	Via de Administração <b>Administração</b> <i>Route of Administration</i>	Frequência <i>Frequency</i>
1.			
2.			
3.			

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



# ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

## 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 <input type="checkbox"/> <i>Approved</i>	Não aprovado <input type="checkbox"/> <i>Not Approved</i>

## 5. 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 is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriated*

Nome:.....CRM: .....  
*Name*

Especialidade:  
.....  
*Medical Specialty*

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

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

Telefone: (.....) ..... Fax: (.....) .....  
*Tel Fax*

Email:.....

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

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



# ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

## 6. Declaração do Atleta / Athlete's Declaration

Eu,.....,certifico que as informações contidas nos quadros 1 e 4 são verdadeiras. Autorizo o repasse das informações médicas pessoais à ABCD (Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem), assim como para os oficiais autorizados da AMA (Agência Mundial Antidopagem), para a CAUT (Comitê de Autorização de Uso Terapêutico) da AMA e para outras CAUTs de Organizações Antidopagem e oficiais autorizados a ter acesso a esta informação conforme previsto no Código Mundial Antidopagem e/ou Padrão Internacional para Autorização de Uso Terapêutico da AMA.

Eu permito 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 meu pedido.

Eu entendo que a minha informação será usada apenas para avaliar o meu pedido de AUT (Autorização de Uso Terapêutico) e no contexto de investigações e procedimentos relativos a potenciais Violações de Regras Antidopagem. Entendo que, se eu desejar: (1) obter informação suplementar sobre o uso das minhas informações de saúde; (2) exercer o meu direito a acesso e correção; ou (3) revogar os direitos dessas organizações para obter as minhas informações de saúde, devo acionar o meu médico e a ABCD para registrar tal fato. Eu entendo e concordo que pode ser necessário que a informação relativa a AUT enviada antes do meu pedido de revogação, seja retida com o único propósito de estabelecer uma possível Violação de Regra Antidopagem, onde isso é exigido pelo Código Mundial Antidopagem.

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

Eu entendo e aceito que os destinatários das minhas informações e da decisão deste pedido podem estar localizados fora do país onde resido. 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 são 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.



# ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

*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 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:** ..... **Data:** ...../...../.....  
*Athlete's signature* *Date*

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

(Se o atleta for menor de idade ou sua deficiência o impeça de assinar este formulário, o pai, a mãe ou responsável legal deverá assinar em nome dele).

*(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)*

## 7. Nota / Note

### Nota 1 Note 1

#### Diagnóstico/ **Diagnosis**

Documentos que confirmam o diagnóstico devem ser anexados a este formulário. A prova médica deve incluir um histórico médico abrangente e os resultados de todos os exames relevantes, investigações laboratoriais e estudos de imagens. Cópias dos relatórios e cartas devem ser incluídas, se possível. A prova deve ser a mais objetiva possível considerando o quadro clínico. No caso de condições não evidentes, opinião médica de apoio independente irá auxiliar nesta solicitação.

*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.*

ABCD - Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

Setor de Indústrias Gráficas - SIG, Quadra 4

Condomínio Capital Financial Center - Bloco C, sala 111

Brasília/DF - CEP 70.610-440

Tel.: 55 61 3429 6825 [abcd@abcd.gov.br](mailto:abcd@abcd.gov.br) [www.abcd.gov.br](http://www.abcd.gov.br)



# ABCD

Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem

**Nota 2**  
**Note 2**

A AMA mantém uma série de guias para auxiliar os médicos na preparação completa e minuciosa de solicitações de AUT. Esses guias para AUT dirigidos aos médicos podem ser acessados digitando o termo de pesquisa "*Medical Information*" no site da AMA ([www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org)). 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.

*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: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.*

**Formulários incompletos serão devolvidos e deverão ser enviados novamente.**

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

**Favor enviar o formulário preenchido para a ABCD no [aut@abcd.gov.br](mailto:aut@abcd.gov.br) e manter uma cópia em seus arquivos.**

*Please submit the completed form to the Anti-Doping Organization and keep a copy of the completed form for your records.*