

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. Informação do Atleta / Athlete Information

Sobrenome: _____ Nome: _____
Surname Given names

Feminino Masculino
Female Male

Data de Nascimento (d/m/a): _____
Date of Birth (d/m/y)

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*

4. 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: _____

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 choose one:

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

Equidade/Fairness (é necessária a aprovação da ABCD ou AMA-WADA)/ (WADA and ABCD approval required)

Favor esclarecer/Please explain:

6. Pedidos Anteriores / *Previous Applications*

Já enviou algum formulário de AUT para alguma OAD? *Have you submitted any previous TUE application to any ADO?*

Sim/Yes

Não/No

Para qual substância ou método?/For which substance or method?

Para quem?/To whom? _____

Quando? When? _____

Decisão/Decision: Aprovado/Approved

Não aprovado/Not Approved

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. Todos os supracitados têm obrigações profissionais ou contratuais de confidencialidade.

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: (1) Obter informação suplementar sobre o uso das minhas informações de saúde; (2) Exercer o meu direito de acesso e correção; e/ou (3) 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. É 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.

Eu concordo que a decisão desta solicitação de AUT ficará disponível à todas as Organizações de Controle de Dopagem, ou demais organizações, com autoridade de teste e/ou autoridade de gestão de resultados.

É 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. É de meu entendimento que minhas informações serão armazenadas no ADAMS, que é hospedado por servidores da AMA no Canadá, e estas informações ficarão retidas pelo tempo indicado nas o Padrão Internacional para Proteção da Privacidade e das Informações Pessoais (PIPPPI) da AMA. Eu compreendo que se achar que as minhas informações pessoais não estão sendo usadas em conformidade com este consentimento e PIPPI da AMA, posso apresentar uma queixa à AMA ou Corte Arbitral do Esporte.

Eu entendo que as entidades supracitadas devem ser apoiadas e sujeitas às leis nacionais de Anti-dopagem que sobrepõem meu consentimento ou outras leis que possam requerer que informações sejam divulgadas em cortes locais, aplicação da lei, ou outras autoridades públicas. Eu posso obter mais informações sobre leis nacionais de Anti-dopagem na minha Federação Internacional ou Organização Nacional Anti-dopagem.

I, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to ABCD 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. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.

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 any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; 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 purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code, International Standards, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO. 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 my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI). I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA (privacy@wada-ama.org), or my national regulator responsible for data protection in my country. I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

Assinatura do atleta/Athlete's signature: _____ Data/Date: _____

Assinatura do pai/mãe/responsável legal: _____ Data/Date: _____

Parent's/Guardian's signature

(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>Documentação do diagnóstico / Diagnosis documentation</p> <p>Documentos que confirmem o diagnóstico, devem ser anexados a este formulário.</p> <p>A prova médica deverá incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> histórico médico abrangente; resultados de todos os exames relevantes; investigações laboratoriais e estudos de imagens; cópias dos relatórios e cartas devem ser incluídas se possível; <p>A prova deverá ser a mais objetiva possível considerando o quadro clínico apresentado.</p> <p>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>Comment:</i> <i>Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must 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>Justificando o pedido / Justifying the application</p> <p>A AMA mantém uma série de guias para auxiliar os médicos na preparação completa e minuciosa de solicitações de AUT.</p> <p>Os guias para AUT, dirigidos aos médicos, podem ser acessados no site da AMA (www.wada-ama.org), digitando o termo de pesquisa: Medical Information.</p> <p>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: 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.</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; 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; and keep a copy of the completed form for your record.