

AUTORIDADE BRASILEIRA DE CONTROLE DE DOPAGEM
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO TERAPÊUTICO (AUT)
Therapeutic Use Exemption (TUE) Application Form

Favor preencher todos os campos, com **letra de forma ou digitado**. Cabe ao atleta preencher as seções 1, 2, 3 e 7; ao médico, as seções 4, 5 e 6. **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, 2, 3 and 7; Physician to complete sections 4, 5 and 6. 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/Last Name: _____

Nome/First Name: _____

Feminino/Female: ☐ **Masculino/Male:** ☐ **Data de Nascimento/Date of Birth:** ____/____/____

Endereço/Address: _____

Cidade/City: _____ **País/Country:** _____

CEP/Postcode: _____ **Telefone/Phone:** _____
(com código internacional/with International code)

E-mail: _____

Esporte/Sport: _____ **Modalidade/Discipline:** _____
(ex. Atletismo) (ex. 3000m com obstáculos)

2. Pedidos Anteriores / Previous Applications

Você já solicitou uma AUT para o mesmo diagnóstico para alguma Organização Antidopagem (OAD)? *Have you submitted any previous TUE application(s) to any Anti-Doping Organization for the same condition?*

Sim/Yes ☐ **Não/No** ☐

Para qual(is) substância(s) ou método(s)? *For which substance(s) or method(s)?*

Para qual OAD? *To whom?* _____

Quando? *When?* _____

Decisão da AUT anterior *Decision:* Aprovada/Approved ☐ Não Aprovada/Not approved ☐

3. Solicitação Retroativa/ Retroactive Applications

Esta é uma solicitação retroativa? *Is this a retroactive application?* Sim/ Yes: ☐ Não/ No: ☐

Se sim, qual a data de início do tratamento? _____

If yes, on what date was the treatment started?

Em qual dessas exceções seu caso se aplica? (Artigo 4.1 do PIAUT)

Do any of the following exceptions apply? (Article 4.1 of the ISTUE):

☐ **4.1 (a) – Você precisou de tratamento de emergência para uma condição médica.**

You required emergency or urgent treatment of a medical condition.

☐ **4.1 (b) – Não houve tempo suficiente, oportunidade ou outra circunstância que impediram de solicitar uma AUT antes de você ser testado.**

There was insufficient time, opportunity or other exceptional circumstances that prevented you from submitting the TUE application, or having it evaluated, before getting tested.

☐ **4.1 (c) – A ABCD não permitiu que a AUT fosse solicitada com antecedência por conta de alguma regra estabelecida pela OAD.**

You were not permitted or required to apply in advance for a TUE as per anti-doping rules.

☐ **4.1 (d) – Você é um atleta de nível baixo que foi testado e que não está sob a jurisdição de uma Federação Internacional ou de uma Organização Nacional Antidopagem.**

You are a lower-level athlete who is not under the jurisdiction of an International Federation or National Anti-Doping Organization and were tested.

☐ **4.1 (e) – Você testou positivo Fora de Competição para uma substância que só é proibida Em Competição, como S9 Glicocorticoides (veja a Lista Proibida).**

You tested positive after using a substance Out-of-Competition that was only prohibited In-Competition, e.g., S9 glucocorticoids (See [Prohibited List](#))

Favor explicar a situação (se necessário, anexar documentação)

Please explain (if necessary, attach further documents)

☐ **Outras Solicitações Retroativas (PIAUT Artigo 4.3)/ Other Retroactive Applications (ISTUE Article 4.3)**

Em circunstâncias raras e excepcionais, não obstante qualquer outra disposição do PIAUT, um Atleta pode solicitar e obter aprovação retroativa para sua AUT se, considerando o propósito do Código, seria manifestamente injusto não conceder uma AUT retroativa. Para aplicar o Artigo 4.3, inclua uma justificativa completa e anexe toda a documentação de apoio necessária.

In rare and exceptional circumstances notwithstanding any other provision in the ISTUE, an Athlete may apply for and be granted retroactive approval for their TUE if, considering the purpose of the Code, it would be manifestly unfair not to grant a retroactive TUE. In order to apply under Article 4.3, please include a full reasoning and attach all necessary supporting documentation.

SEÇÕES 4, 5 E 6 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO MÉDICO

Physician to complete sections 4, 5 and 6.

4. Informação médica (**Favor anexar a documentação médica pertinente**)

Medical Information (please attach relevant medical documentation)

Diagnóstico (Favor usar Classificação CID-11)

Diagnosis (Please use the WHO ICD 11 classification if possible):

--

5. Especificações Medicamentosas *Medication Details*

Substâncias ou Métodos Proibidos Nomes Genéricos <i>Prohibited Substance(s)/Method(s) Generic name(s)</i>	Dosagem/ <i>Dosage</i>	Via de Administração <i>Route of Administration</i>	Frequência <i>Frequency</i>	Duração de Tratamento <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

As evidências que comprovam o diagnóstico devem ser anexadas e encaminhadas juntamente com este formulário. As informações médicas devem incluir um histórico médico abrangente e os resultados de todos os exames laboratoriais, laudos e exames de imagem pertinentes. Cópias dos relatórios médicos originais devem ser incluídas, sempre que possível. Além disso, orienta-se fortemente que seja incluído um breve resumo com o diagnóstico, os principais dados dos exames clínicos, exames médicos e o plano de tratamento.

Evidence confirming the diagnosis must 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. In addition, a short summary that includes the diagnosis, key elements of the clinical exams, medical tests and the treatment plan would be helpful.

Se um medicamento permitido puder ser usado para tratar a condição médica, forneça uma justificativa para a solicitação de Autorização de Uso Terapêutico do medicamento proibido.

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide justification for the therapeutic use exemption for the prohibited medication.

A AMA-WADA mantém uma série *Checklists* para AUT para auxiliar atletas e médicos no preenchimento correto de solicitações de AUT. Eles podem ser acessados digitando o termo “*Checklist*” no espaço de pesquisa no site da AMA-WADA: <https://www.wada-ama.org/>

WADA maintains a series of TUE Checklists to assist athletes and physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These can be accessed by entering the search term “Checklist” on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>.

6. Declaração do médico/ Medical Practitioner's Declaration

Certifico que as informações nas seções 4 e 5 acima estão corretas. Eu reconheço e concordo que minhas informações pessoais podem ser usadas pela(s) Organização(ões) Antidopagem (OADs) para entrar em contato comigo a respeito desta aplicação AUT, para verificar a avaliação profissional em conexão com o processo AUT, ou em conexão com a Regra Antidopagem Investigações ou procedimentos de violação. Além disso, reconheço e concordo que minhas informações pessoais serão enviadas para o Sistema de Administração e Gestão Antidopagem (ADAMS) para esses fins (veja a [Política de Privacidade do ADAMS](#) para maiores informações).

I certify that the information in sections 4 and 5 above is accurate. I acknowledge and agree that my personal information may be used by Anti-Doping Organization(s) (ADO) to contact me regarding this TUE application, to verify the professional assessment in connection with the TUE process, or in connection with Anti-Doping Rule Violation investigations or proceedings. I further acknowledge and agree that my personal information will be uploaded to the Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) for these purposes (see the [ADAMS Privacy Policy](#) for more details).

Nome/Name: _____

Especialidade médica/Medical Specialty: _____

CRM/License Number: _____

Emissor/License Body: _____

Endereço/Address: _____

Cidade/City: _____

País/Country: _____

CEP/Postcode: _____

Telefone/ Telephone: _____

(com código internacional/with International code)

Fax: _____

E-mail: _____

Assinatura do Médico (com carimbo) _____

Signature of Medical Practitioner:

Data/Date _____

7. Declaração do Atleta

Eu, _____, certifico que as informações apresentadas nas seções 1, 2, 3 e 7 são precisas e completas

I certify that the information set out at sections 1, 2, 3 and 7 is accurate and complete.

Autorizo meu(s) médico(s) a compartilhar as informações e registros médicos que eles considerem necessários para avaliar os méritos do meu pedido de AUT para os seguintes destinatários: a(s) Organização(ões) Antidopagem (OADs) responsável por tomar uma decisão de conceder, rejeitar ou reconhecer minha AUT; a Agência Mundial Antidopagem (AMA-WADA), que é responsável por garantir que as determinações feitas pelos OADs respeitem o PIAUT; os médicos que são membros de OAD(s) relevantes e Comissões de AUT da AMA-WADA (CAUTs) que podem precisar revisar minha solicitação de acordo com o Código Mundial Antidopagem e Padrões Internacionais; e, se necessário para avaliar minha inscrição, outros especialistas médicos, científicos ou jurídicos independentes.

I authorize my physician(s) to release the medical information and records that they deem necessary to evaluate the merits of my TUE application to the following recipients: the Anti-Doping Organization(s) (ADO) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize my TUE; the World Anti-Doping Agency (WADA), who is responsible for ensuring determinations made by ADOs respect the ISTUE; the physicians who are members of relevant ADO(s) and WADA TUE Committees (TUECs) who may need to review my application in accordance with the World Anti-Doping Code and International Standards; and, if needed to assess my application, other independent medical, scientific or legal experts.

Autorizo ainda a ABCD a liberar minha solicitação completa de AUT, incluindo informações e registros médicos de apoio, para outra(s) OAD(s) e para AMA-WADA pelos motivos descritos acima, e entendo que esses destinatários também podem precisar fornecer minha solicitação completa para os membros da CAUT e especialistas necessários para avaliar minha aplicação.

I further authorize ABCD to release my complete TUE application, including supporting medical information and records, to other ADO(s) and WADA for the reasons described above, and I understand that these recipients may also need to provide my complete application to their TUEC members and relevant experts to assess my application.

Eu li e entendi o Aviso de Privacidade de AUT (abaixo) explicando como minhas informações pessoais serão processadas em conjunto com minha solicitação de AUT e aceito seus termos.

I have read and understood the TUE Privacy Notice (below) explaining how my personal information will be processed in connection with my TUE application, and I accept its terms.

Assinatura do atleta *Athlete's signature:* _____

Data *Date:* _____

Assinatura dos pais/responsáveis *Parent's/Guardian's signature:* _____

Data *Date:* _____

(Se o atleta for menor de idade ou tiver uma deficiência que o impeça de assinar este formulário, um pai ou responsável deverá assinar em nome do atleta)

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing them from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

AVISO DE PRIVACIDADE

TUE Privacy Notice

Este aviso descreve o processamento de informações pessoais que ocorrerá em conjunto com sua solicitação de AUT.

This Notice describes the personal information processing that will occur in connection with your submission of a TUE Application.

INFORMAÇÕES PESSOAIS PROTEGIDAS

TYPES OF PERSONAL INFORMATION (PI)

- **As informações fornecidas por você ou seu médico no Formulário de Solicitação de AUT (incluindo seu nome, data de nascimento, detalhes de contato, esporte e disciplina, diagnóstico, medicação e tratamento relevante para sua solicitação);**

The information provided by you or your physician(s) on the TUE Application Form (including your name, date of birth, contact details, sport and discipline, the diagnosis, medication, and treatment relevant to your application);

- **Documentação médica fornecida por você ou por seu médico; e**

Supporting medical information and records provided by you or your physician(s); and

- **Avaliações e decisões sobre sua solicitação de AUT emitidas pelas OADs (incluindo a AM- WADA) e pelas Comissões de AUT e outros especialistas de AUT, incluindo comunicações feitas com você e seu médico, com as OADs pertinentes ou com pessoal de apoio em relação à sua solicitação de AUT.**

Assessments and decisions on your TUE application by ADOs (including WADA) and their TUE Committees and other TUE experts, including communications with you and your physician(s), relevant ADOs or support personnel regarding your application.

OBJETIVOS E USO

PURPOSES & USE

- **Suas Informações Pessoais serão usadas para processar e avaliar o mérito de sua solicitação de AUT de acordo com o Padrão Internacional para Autorizações de Uso Terapêutico. Em alguns casos, pode ser usado para outros fins de acordo com o Código Mundial Antidopagem (Código), com os Padrões Internacionais e as regras antidopagem das OADs com autoridade para testá-lo. Isso inclui:**

Your PI will be used in order to process and evaluate the merits of your TUE application in accordance with the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. In some instances, it could be used for other purposes in accordance with the World Anti-Doping Code (Code), the International Standards, and the anti-doping rules of ADOs with authority to test you. This includes:

- **Gestão de resultados, em caso de resultado adverso ou atípico baseado na(s) amostra(s) ou no Passaporte Biológico do Atleta; e**
- **Em casos raros, investigações ou procedimentos relacionados no contexto de uma suspeita de violação da regra antidopagem (VRAD).**

Results management, in the event of an adverse or atypical finding based on your sample(s) or the Athlete Biological Passport; and
In rare cases, investigations, or related procedures in the context of a suspected Anti-Doping Rule Violation (ADRV).

TIPOS DE RECEPTORES

TYPES OF RECIPIENTS

- **Suas Informações Pessoais, incluindo suas informações e registros médicos ou de saúde, podem ser compartilhadas com:**

Your PI, including your medical or health information and records, may be shared with the following:

- **As OADs responsáveis por tomar a decisão de conceder, rejeitar ou reconhecer sua AUT, bem como seus terceiros (se houver). A decisão de conceder ou negar seu pedido de AUT também será disponibilizada para OADs com autoridade sobre você para testes e/ou gestão de resultados;**

ADO(s) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize your TUE, as well as their delegated third parties (if any). The decision to grant or deny your TUE application will also be made available to ADOs with testing authority and/or results management authority over you;

- **Equipe autorizada da AMA-WADA;**
WADA authorized staff;
- **Membros da Comissão de AUT (CAUTs) da WADA e das OADs pertinentes; e**
Members of the TUE Committees (TUECs) of each relevant ADO and WADA; and
- **Outros especialistas médicos, científicos ou jurídicos independentes, se necessário.**
Other independent medical, scientific or legal experts, if needed.

Observe que, devido à confidencialidade das informações de AUT, apenas um número limitado de funcionários do OAD e da AMA-WADA terão acesso a sua solicitação. As OADs (incluindo a AMA-WADA) deve lidar com suas Informações Pessoais de acordo com o Padrão Internacional para a Proteção de Privacidade e Informações Pessoais (PIPPIP). Você também pode consultar a OAD que recebeu sua solicitação de AUT para obter mais detalhes sobre o processamento de suas Informações Pessoais. Suas Informações Pessoais também serão inseridas no ADAMS pela OAD que recebeu a sua solicitação de AUT para que possam ser acessadas por outras OADs e AMA-WADA conforme necessário para os fins descritos acima. O ADAMS está hospedado no Canadá e é operado e gerenciado pela WADA. Para obter detalhes sobre o ADAMS e como a AMA-WADA processará suas Informações Pessoais, consulte a Política de Privacidade do ADAMS ([Política de Privacidade do ADAMS](#), em inglês).

Note that due to the sensitivity of TUE information, only a limited number of ADO and WADA staff will receive access to your application. ADOs (including WADA) must handle your PI in accordance with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI). You may also consult the ADO to which you submit your TUE application to obtain more details about the processing of your PI.¹ Your PI will also be uploaded to ADAMS by the ADO who receives your application so that it may be accessed by other ADOs and WADA as necessary for the purposes described above. ADAMS is hosted in Canada and is operated and managed by WADA. For details about ADAMS, and how WADA will process your PI, consult the ADAMS Privacy Policy ([ADAMS Privacy Policy](#)).

PROCESSAMENTO JUSTO E LEGAL *FAIR & LAWFUL PROCESSING*

Ao assinar a Declaração do Atleta, você está confirmando que leu e compreendeu este Aviso de Privacidade de AUT. Quando for apropriado e permitido pela lei aplicável, as OADs e outras partes mencionadas acima também podem considerar que esta assinatura confirma seu consentimento expresso para o processamento das Informações Pessoais descritas neste Aviso. Alternativamente, as OADs e essas outras partes podem se basear em outros fundamentos reconhecidos por lei para processar suas Informações Pessoais para os fins descritos neste Aviso (como para interesses públicos quem sirvam à antidopagem, a necessidade de cumprir as obrigações contratuais devidas a você, a necessidade de garantir o cumprimento de uma obrigação legal ou um processo legal obrigatório, ou a necessidade de cumprir os interesses legítimos associados às suas atividades).¹ When you sign the Athlete Declaration, you are confirming that you have read and understood this TUE Privacy Notice. Where appropriate and permitted by applicable law, ADOs and other parties mentioned above may also consider that this signature confirms your express consent to the PI processing described in this Notice. Alternatively, ADOs and these other parties may rely upon other grounds recognized in law to process your PI for the purposes described in this Notice, such as the important public interests served by anti-doping, the need to fulfill contractual obligations owed to you, the need to ensure compliance with a legal obligation or a compulsory legal process, or the need to fulfill legitimate interests associated with their activities.²

DIREITOS *RIGHTS*

Você tem direitos com relação a suas Informações Pessoais de acordo com o PIPPIP, incluindo o direito a uma cópia de suas Informações Pessoais, de corrigir, bloquear ou excluir em circunstâncias específicas. Você pode ter direitos adicionais de acordo com as leis de proteção de dados, como o direito de registrar uma reclamação junto a um órgão regulador de proteção de dados de seu país.

You have rights with respect to your PI under the ISPPPI, including the right to a copy of your PI and to have your PI corrected, blocked or deleted in certain circumstances. You may have additional rights under applicable laws, such as the right to lodge a complaint with a data privacy regulator in your country.

O processamento de suas Informações Pessoais tem seu consentimento, e você pode revogar este consentimento a qualquer momento, incluindo a autorização do seu médico para liberar informações conforme descrito na Declaração do Atleta. Para fazer isso, você deve notificar sua OAD e seu médico sobre sua decisão. Se você retirar seu consentimento ou objetar ao processamento de suas Informações

Pessoais descritas neste Aviso, sua AUT provavelmente será rejeitada, pois as OADs não serão capazes de avaliá-la adequadamente conforme o que está estabelecido no Código e nos Padrões Internacionais.

Where the processing of your PI is based on your consent, you can revoke your consent at any time, including the authorization to your physician to release medical information as described in the Athlete Declaration. To do so, you must notify your ADO and your physician(s) of your decision. If you withdraw your consent or object to the PI processing described in this Notice, your TUE will likely be rejected as ADOs will be unable to properly assess it in accordance with the Code and International Standards.

Em casos raros, mesmo com sua objeção ou retirada de consentimento, é possível que as OADs continuem a processar suas Informações Pessoais para cumprir as obrigações estabelecidas no Código e nos Padrões Internacionais. Isso inclui o processamento de investigações ou procedimentos relacionados a VRADs, bem como o processamento das informações necessárias para estabelecer, exercer ou para defesa em ações judiciais envolvendo você, a AMA-WADA e / ou uma OAD.

In rare cases, it may also be necessary for ADOs to continue to process your PI to fulfill obligations under the Code and the International Standards, despite your objection to such processing or withdrawal of consent (where applicable). This includes processing for investigations or proceedings related to ADRV, as well as processing to establish, exercise or defend against legal claims involving you, WADA and/or an ADO.

PROTEÇÕES SAFEGUARDS

Todas as informações contidas em uma solicitação de AUT, incluindo os documentos médicos anexados, e qualquer outra informação relacionada à decisão de uma solicitação de AUT, devem ser tratadas de acordo com os princípios do sigilo médico. Os médicos que são membros de uma Comissão de AUT e quaisquer outros especialistas consultados devem estar sujeitos a termos de confidencialidade.

All the information contained in a TUE application, including the supporting medical information and records, and any other information related to the evaluation of a TUE request must be handled in accordance with the principles of strict medical confidentiality. Physicians who are members of a TUE Committee and any other experts consulted must be subject to confidentiality agreements.

De acordo com o PIPPIIP, a equipe da OAD também deve assinar termos de confidencialidade e as OADs devem implementar fortes medidas de proteção e privacidade de seus dados. O PIPPIIP exige que os OADs apliquem s níveis mais altos de segurança de informações relacionadas à AUT, devido à confidencialidade dessas informações. Você pode encontrar informações sobre segurança no ADAMS consultando [Como suas informações são protegidas no ADAMS?](#) (em inglês) em nossas [Perguntas Frequentes sobre privacidade e segurança do ADAMS](#).

Under the ISPPPI, ADO staff must also sign confidentiality agreements, and ADOs must implement strong privacy and security measures to protect your PI. The ISPPPI requires ADOs to apply higher levels of security to TUE information, because of the sensitivity of this information. You can find information about security in ADAMS by consulting the response to [How is your information protected in ADAMS?](#) in our [ADAMS Privacy and Security FAQs](#).

RETENÇÃO RETENTION

Suas Informações Pessoais ficarão retidas na OADs (incluindo na AMA-WADA) durante o período de retenção descrito no Anexo A do PIPPIIP. As AUTs aprovadas ou Decisões de AUT não aprovadas ficarão retidas por 10 anos. Os formulários de solicitação de AUT e as informações médicas complementares ficarão retidas por 12 meses a partir do vencimento da AUT. As solicitações de AUT incompletas ficarão retidas por 12 meses.

Your PI will be retained by ADOs (including WADA) for the retention periods described in Annex A of the ISPPPI. TUE certificates or rejection decisions will be retained for 10 years. TUE application forms and supplementary medical information will be retained for 12 months from the expiry of the TUE. Incomplete TUE applications will be retained for 12 months.

CONTATO CONTACT

Consulte a ABCD pelo ajuda.adams@abcd.gov.br para sanar suas dúvidas sobre o processamento de suas Informações Pessoais. Para contatar a AMA-WADA, escreva para: privacy@wada-ama.org/ Consult ABCD ³ at ajuda.adams@abcd.gov.br ³ for questions or concerns about the processing of your PI. To contact WADA, use privacy@wada-ama.org.

Envie o formulário preenchido legivelmente em PDF para aut@abcd.gov.br juntamente com a documentação médica anexada (mantenha uma cópia consigo para registro).