

**AUTORIDADE BRASILEIRA DE CONTROLE DE DOPAGEM
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO TERAPÊUTICO (AUT)**

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.**

1. Informação do Atleta

Sobrenome: _____

Nome: _____

Feminino: Masculino:

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Cidade: _____ País: _____

CEP: _____ Telefone: _____

(com código internacional)

E-mail: _____

Esporte: _____ Modalidade: _____

2. Pedidos Anteriores

Você já solicitou uma AUT para o mesmo diagnóstico para alguma Organização Antidopagem (OAD)?

Sim Não

Para qual(is) substância(s) ou método(s)? _____

Para qual OAD? _____

Quando? _____

Decisão da AUT anterior: Aprovada Não Aprovada

3. Solicitação Retroativa

Esta é uma solicitação retroativa?

Sim:

Não:

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

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

- 4.1 (a)** – Você precisou de tratamento de emergência para uma condição médica.
- 4.1 (b)** – Não houve tempo suficiente, oportunidade ou outra circunstância que impediram de solicitar uma AUT antes de você ser testado.
- 4.1 (c)** – A ABCD não permitiu que a AUT fosse solicitada com antecedência por conta de alguma regra estabelecida pela OAD.
- 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.
- 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).

Favor explicar a situação (se necessário, anexar documentação)

Outras Solicitações Retroativas (PIAUT Artigo 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.

SEÇÕES 4, 5 E 6 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO MÉDICO

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

Diagnóstico (Favor usar Classificação ICD-11)

5. Especificações Medicamentosas

Substâncias ou Métodos Proibidos Nomes Genéricos	Dosagem	Via de Administração	Frequência	Duração de Tratamento
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.

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.

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>.

6. Declaração do médico

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).

Nome: _____

Especialidade médica: _____

CRM: _____ Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ País: _____

CEP: _____

Telefone: _____ Fax: _____

(com código internacional)

Email: _____

Assinatura do Médico: _____

Data: _____

7. Declaração do Atleta

Eu, [Clique aqui para inserir nome do atleta](#), certifico que as informações apresentadas nas seções 1, 2, 3 e 7 são precisas e completas.

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.

Autorizo ainda o ABCD a liberar meu requerimento completo de TUE, 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.

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.

Assinatura do atleta: _____ Data: _____

Assinatura dos pais / responsáveis: _____

Data: _____

(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)

AVISO DE PRIVACIDADE

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

INFORMAÇÕES PESSOAIS PROTEGIDAS

- 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);
- Documentação médica fornecida por você ou por seu médico; e
- 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.

OBJETIVOS E USO

- 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:
 - 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).

TIPOS DE RECEPTORES

- Suas Informações Pessoais, incluindo suas informações e registros médicos ou de saúde, podem ser compartilhadas com:
 - 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;
 - Equipe autorizada da AMA-WADA;
 - Membros da Comissão de AUT (CAUTs) da WADA e das OADs pertinentes; e
 - Outros especialistas médicos, científicos ou jurídicos independentes, se necessário.

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).

PROCESSAMENTO JUSTO E LEGAL

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).

DIREITOS

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.

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.

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.

PROTEÇÕES

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.

De acordo com o PIPPIP, 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 PIPPIP 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](#).

RETENÇÃO

Suas Informações Pessoais ficarão retidas na OADs (incluindo na AMA-WADA) durante o período de retenção descrito no Anexo A do PIPPIP. 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.

CONTATO

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.

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