

Anexo II

Pedido Nº / Application No.: \_\_\_\_\_

# Autorização de utilização terapêutica de Substâncias Proibidas

Modelo para solicitação de utilização terapêutica de substâncias proibidas

## Therapeutic Use Exemptions

Standard application form

**Por favor preencha o formulário em letras maiúsculas.**  
**Please complete all sections in capital letters.**

### 1. Informação sobre o Atleta / Athlete Information

Apelido / Surname: ..... Nome Próprio / Given Names: .....

Feminino / Female  Masculino / Male

Morada / Address: .....

Localidade / City: ..... Código Postal / Postcode: ..... País / Country: .....

Data de Nascimento / Date of Birth (dd/mm/yy): ...../..... / .....

Tel. / Tel.: ..... (Com código internacional / with international code) E-mail: .....

Modalidade / Sport: ..... Disciplina-Posição / Discipline-Position: .....

Federação nacional / National Sporting Organization: .....

### 2. Informação Médica/ Medical information

Diagnóstico com a informação médica necessária (ver nota 1)  
Diagnosis with sufficient medical information (see note 1)

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

Se existe medicação não contendo Substâncias e Métodos Proibidos para o tratamento da condição médica, forneça justificações clínicas para a não prescrição de terapêuticas alternativas.

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

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

### 3. Detalhes da Medicação / Medication details

Substância(s) proibida(s) Prohibited substance(s): Designação genérica Generic name	Dose de administração Dose of administration	Via de administração Route of administration	Frequência de administração Frequency of administration
1.			
2.			
3.			
<b>Duração prevista do tratamento (selecione uma opção)</b> <b>Intended duration of treatment:</b> (Please tick appropriate box)		<b>Administração única</b> <input type="checkbox"/> Once only	<b>Emergência</b> <input type="checkbox"/> Emergency
		<b>Duração (semana/mês):</b> ..... Duration (week/month)	

Já submeteu alguma autorização anteriormente? / Have you submitted any previous TUE application?      Sim/Yes       Não/No

Para qual substância? / For which substance?: .....

Para que entidade submeteu a autorização? / To whom?      CNAD/CNAD       Outra/Other   
 Especifique qual / specify which: .....

Em caso afirmativo quando? / When?      Data/date: .....

Decisão / Decision      Aprovada/Approved       Não aprovada/Not approved

### 4. Declaração do Médico / Medical practitioner's declaration

Eu certifico que o tratamento acima mencionado é clinicamente apropriado e que o uso de medicação alternativa não incluída na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos seria insatisfatório para o tratamento da patologia acima citada:

I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the Prohibited List would be unsatisfactory for this condition.

Nome / Name: .....

Especialidade Médica / Medical Speciality: .....

Morada / Address: .....

Localidade/City:.....Código Postal/Postcode:.....País/Country:.....

Tel. /Tel.:..... Fax: .....E-mail:.....

Assinatura do Médico: .....Data/Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Signature of Medical Practitioner

## 5. Declaração do Atleta / Athlete's declaration

Eu / I, .....

certifico que a informação fornecida no ponto 1 é correcta e que solicito a aprovação do uso de Substâncias ou Métodos da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA. Autorizo a divulgação de informação médica pessoal ao CNAD, AMA e ao WADA TUEC (Comité de Autorização de Utilização Terapêutica de Substâncias e Métodos Proibidos da AMA) bem como a outras organizações anti-dopagem, nas condições previstas pelo Código Mundial Antidopagem. Compreendo que, se eu pretender revogar o direito destas organizações em obter informações médicas em meu nome, devo comunicar esse facto ao meu Médico e ao CNAD por escrito.

I certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact.

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

**Data / Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura dos Pais-tutores / Parent's - Guardian's signature:** .....

**Data / Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*(Se o atleta é um menor ou possui uma incapacidade que o impede de assinar este formulário, o pai ou tutor deve assinar em conjunto com o atleta ou em nome do atleta).*

*(If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)*

## 6. Notas / Notes

**Nota 1 / Note 1**  
**Diagnóstico / Diagnosis**

**Devem ser anexadas a esta solicitação evidências que confirmem o diagnóstico. As evidências médicas devem incluir a história médica detalhada e os resultados de todos os exames relevantes, investigações laboratoriais e estudos de imagiologia. Cópias de relatórios e cartas originais devem ser anexadas, sempre que possível. As evidências devem ser o mais objectivas possíveis e no caso de patologias não demonstráveis, opiniões médicas independentes suportando o diagnóstico, facilitam a concessão de autorizações.**

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 and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.

Por favor envie o formulário completo ao CNAD (**fax : 21 7977529**) e guarde uma cópia.

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

**Formulários incompletos não serão aceites.**

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