



Comitê Olímpico Brasileiro  
IBO - IBU - IBC

Pág 1 de 3

MOD-CNAD-067

Rev: 00

Anexo I

Declaração N.º / Declaration N.º : \_\_\_\_\_

## Declaração de utilização terapêutica de Substâncias Proibidas

### Therapeutic Use Declaration

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

De acordo com a Norma Internacional de Autorização de Utilização Terapêutica, uma declaração de uso deverá ser realizada pelo atleta para a administração de glucocorticosteróides por via intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural, intra-dérmica e inalatória.

In accordance with the International Standard for Therapeutic Use Exemptions, a declaration of use must be completed by the Athlete for glucocorticosteroids administered by intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal and inhalation routes, except as noted below.

As preparações tópicas quando utilizadas para tratamento de patologias do foro dermatológico (incluindo ionoforese e fonoforese), auricular, nasal, oftalmológico, bucal, gengival e perianal não são proibidas e não necessitam de autorização de utilização terapêutica ou de declaração de uso.

Topical preparations when used for auricular, buccal, dermatological (including iontophoresis/phonophoresis), gingival, nasal, ophthalmic and perianal disorders are not prohibited and neither require a Therapeutic Use Exemption nor a declaration of use.

Todos os glucocorticosteróides são proibidos quando administrados por via oral, rectal ou por injeção intravenosa ou intramuscular

All glucocorticosteroids are prohibited when administered by oral, intravenous, intramuscular or rectal routes.

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

Apelido / Surname: .....	Nome Próprio / Given Names: .....		
Feminino / Female <input type="checkbox"/> Masculino / Male <input type="checkbox"/>			
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: .....			

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL



## 2. Informação relativa à Declaração / Information regarding the Declaration

Diagnóstico / Diagnosis: .....

.....

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

(\*) **Em miligramas/** In milligrams

(\*\*) **Via intra-articular, periarticular, peritendinosa, epidural, intra-dérmica ou inalatória /** By intraarticular, periarticular, peritendinous, epidural, intradermal or inhalation routes.

## 3. Nome e contacto do Médico

Medical practitioner's name and contact information

Nome/ Name: .....

Especialidade Médica / Medical Speciality: .....

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



Associação Portuguesa de Atletas  
e Atletas de Futebol

Pág 3 de 3

MOD-CNAD-067

Rev: 00

#### 4. Declaração do Atleta

##### Athlete's Declaration

Eu / I, .....

certifico que a informação fornecida nesta declaração é correcta. Autorizo a divulgação de informação pessoal contida nesta declaração 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 in this declaration is accurate. I authorize the release of the personal information in this declaration 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)*

Por favor envie o formulário completo ao CNAD (**fax : 21 797 75 29**) 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.**

CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL