

**Assistência na Doença
aos Militares das Forças Armadas (ADM)**

DECLARAÇÃO

Renúncia ao subsistema público de saúde ADM

(Modelo a preencher pelos beneficiários extraordinários ou associados)

_____ (nome completo do beneficiário/a extraordinário/a ou associado/a), beneficiário/a com o n.º _____, e a identificação fiscal n.º _____, declaro que pretendo renunciar[1] à inscrição no subsistema público de saúde ADM, nos seguintes termos[2]:

- De acordo com o n.º 6 do artigo 2.º da Portaria n.º 1393/2007, de 25 de outubro, no caso de beneficiário/a extraordinário/a.
- De acordo com o artigo 7.º da Portaria n.º 482-A/2015, de 19 de junho, no caso de beneficiário/a associado/a.

_____, __ de _____, de _____

(Ass. do/a beneficiário/a)

[1] A presente renúncia assume um caráter definitivo, impedindo a reinscrição como beneficiário/a familiar, como previsto no artigo 7º d Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, na sua redação atual.

[2] Assinalar o caso concreto.