

## 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.