|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | **PEDIDO DE RENÚNCIA**  **ADSE** |
|  |  |  |

**Antes de renunciar, pedimos que leia atentamente:**

Exmo(a). Sr(a),

Antes de rejeitar a possibilidade de manter a ADSE pense bem se esta é a decisão correta, pois logo que efetivada tornar-se-á definitiva e irreversível.

Sabia que a ADSE apresenta um custo muito inferior quando comparada com outras proteções de saúde? Que lhe garante um conjunto de vantagens verdadeiramente diferenciadoras, sobretudo em doenças que, pelo seu risco para a saúde e elevada taxa de prevalência, requerem uma proteção extra? Que financia a 100% os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, independentemente do seu custo ou da duração do tratamento? Que financia a 100% os dispositivos médicos ou próteses, cujo impacto na saúde e nas despesas com cuidados de saúde são cada vez mais significativos? Que da sua Rede de prestadores convencionados fazem parte operadores de saúde de referência nacional e internacional?

Ou, ainda, que o valor do desconto é constantemente proporcional ao rendimento? E que o deixa aproveitar dos mesmos atos e cuidados (coberturas), a médio-longo prazo… sempre? Que não é objeto de revisão anual e não varia consoante o escalão etário nem do número de familiares? Que não lhe exige limitações relacionadas com capitais, exclusões (por exemplo, hemodialise, radioterapia, quimioterapia, fisioterapia) e franquias, nem períodos de carência e doenças pré-existentes?

Porque a sua decisão vai fazer, verdadeiramente, diferença no bem-estar da sua família, antes de tomar uma decisão, exponha o motivo do seu descontentamento, utilizando o canal Atendimento Online/ADSE Direta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | **PEDIDO DE RENÚNCIA**  **ADSE** |
|  |  |  |

Exmo. Senhor

Diretor da Direção de Recursos Humanos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | Técnico ID | ist |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E-mail |  | Carreira/Categoria |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviço |  | C. Custo |  | Ext. |  |

Declaro que, nos termos da *alínea d)* do n.º 1 do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de

fevereiro, e demais alterações legislativas, pretendo renunciar ao Sistema de Saúde ADSE e que tenho conhecimento que o registo de tal ato jurídico, **torna a situação definitiva e irreversível.**

Indico aqui o(s) motivo(s) pelo qual(ais) renuncio ao Sistema de Saúde ADSE:

Custo mensal elevado

|  |
| --- |
|  |

Insatisfação com a oferta de serviço/retorno \*

\*Se não indicou este o motivo, está satisfeito com o serviço da ADSE? Sim  Não

Não tenho problemas de saúde

Vou optar por outro Sistema de Saúde

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  | Assinatura |  |

**PS4** | V0 | 2022.01.11