



## AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE MENSALIDADE ARACT-SP NO CONTRACHEQUE DO POSTALIS

1- AUTORIZO DESCONTO DA MINHA MENSALIDADE DA ARACT-SP NO CONTRACHEQUE DO POSTALIS, A PARTIR DE ABRIL DE 2025.

( ) SIM

( ) NÃO

2- NOME COMPLETO:

3- MATRICULA:

4- CPF:

5- ENDEREÇO COMPLETO:

6- TELEFONE:

7- CELULAR COM WHATSAPP:

8- E-MAIL:

9- ASSINATURA:

10-DATA