

Instruções de Impressão

- Imprima em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta (Não use modo econômico).
- Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas à esquerda e à direita do formulário.
- Corte na linha indicada. Não rasure, risque, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.
- Caso não apareça o código de barras no final, pressione F5 para atualizar esta tela.
- Caso tenha problemas ao imprimir, copie a sequencia numérica abaixo e pague no caixa eletrônico ou no internet banking:

Linha Digitável: 34191.09016 40292.650286 57541.560009 9 15660001011420

Valor: R\$ 10.114,20

----- Recibo do pagador -----

ALLINK T INTERNACIONAIS LTDA  
86.846.847/0001-07  
ALAMEDA MARACATINS, 1217, 10A CJ 1017 - INDIANOPOLIS  
SAO PAULO - SP - 04089014

 Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09016 40292.650286 57541.560009 9 15660001011420

|                                                               |            |                                |                                                  |                                  |
|---------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| Beneficiário<br>ALLINK T INTERNACIONAIS LTDA                  |            | CPF/CNPJ<br>86.846.847/0001-07 | Agência/Código do Beneficiário<br>0285 / 75415-6 | Vencimento<br>11/09/2026         |
| Pagador<br>VOLPHARMA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES E |            |                                | Nº documento                                     | Nosso número<br>109/01402926-5   |
| Espécie<br>REAL                                               | Quantidade | Valor                          | (-) Descontos / Abatimentos                      | (=) Valor Documento<br>10.114,20 |
| Demonstrativo                                                 |            | (-) Outras deduções            | (+) Outros acréscimos                            | (=) Valor cobrado                |

Pagamentos do(s) BL(s): 501246001459  
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.

Autenticação mecânica

----- Corte na linha pontilhada -----

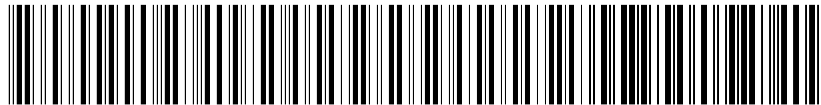


341-7

34191.09016 40292.650286 57541.560009 9 15660001011420

|                                                                                                                   |              |              |        |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------|-----------------------------|-----------------------------|
| Local de pagamento                                                                                                |              |              |        |                             | Vencimento                  |
| Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú                        |              |              |        |                             | 11/09/2026                  |
| Beneficiário                                                                                                      |              |              |        |                             | Agência/Código beneficiário |
| ALLINK T INTERNACIONAIS LTDA<br>ALAMEDA MARACATINS, 1217, 10A CJ 1017 - INDIANOPOLIS<br>SAO PAULO - SP - 04089014 |              |              |        |                             |                             |
| 86.846.847/0001-07                                                                                                |              |              |        |                             | 0285 / 75415-6              |
|                                                                                                                   |              |              |        |                             | Nosso número                |
|                                                                                                                   |              |              |        |                             | 109/01402926-5              |
| Data do documento                                                                                                 | Nº documento | Espécie doc. | Aceite | Data processamento          | (=) Valor do Documento      |
| 11/09/2026                                                                                                        |              | DM           | N      | 11/09/2026                  | 10.114,20                   |
| Carteira                                                                                                          | Espécie      | Quantidade   | Valor  | (-) Descontos / Abatimentos |                             |
| 109                                                                                                               | REAL         |              |        |                             |                             |
| Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)                                                            |              |              |        |                             | (-) Outras deduções         |
|                                                                                                                   |              |              |        |                             | (+) Mora / Multa            |
|                                                                                                                   |              |              |        |                             | (+) Outros acréscimos       |
|                                                                                                                   |              |              |        |                             | (=) Valor cobrado           |
| Pagador                                                                                                           |              |              |        |                             |                             |
| VOLPHARMA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES E                                                                |              |              |        |                             |                             |
| 14.665.928/0001-08                                                                                                |              |              |        |                             |                             |
|                                                                                                                   |              |              |        |                             | Cód. Baixa                  |

Pagador / Avalista



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação