

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |               | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |                   |
|----------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------|
| NOME:                      |               |                             |                   |
| IDENT:                     | ORG. EMISSOR: |                             |                   |
| END:                       |               |                             |                   |
| CIDADE:                    | UF:           |                             |                   |
| TELEFONE:                  |               |                             |                   |
|                            |               | ASS FARMACÊUTICO            | DATA:     /     / |