

<i>Nombre y/o Descripción 1</i>	<i>Marca Comercial</i>	<i>Cantidad</i>
NEUROESTIMULADOR INTELLIS	MEDTRONIC	1
SISTEMA DE RECARGA DE INTELLIS	MEDTRONIC	1
PROGRAMADOR DEL PACIENTE INTELLIS	MEDTRONIC	1
EXTENSIONES PARA ELECTRODO INTELLIS	MEDTRONIC	1
ELECTRODO PERCUTANEO	MEDTRONIC	1
SALA OPERATORIA, PRE Y POST QUIRÚRGICO	SANATORIO AMERICANO	1
HONORARIOS PROFESIONALES	EQUIPO DR. SALLE	1

<i>Institución a la que pertenece el paciente</i>	SEGURO AMERICANO
<i>Sector o Unidad de la Institución que dispensará el producto.</i> <i>Indicar dirección</i>	
<i>En caso de implantes: Fecha programada y unidad quirúrgica donde se realizará la intervención</i>	<i>Fecha</i>
	<i>Unidad</i>
	<i>Dirección</i>

  
 Firma y sello del Dr. **Frederico Salle**  
**NEUROLOGO**  
**C.J.P.U. N° 111111**  
 No. Caja Profesionales

