

**Productos a proveer**

Nombre y/o Descripción 1	Marca Comercial	Cantidad		
Microcateter Hologic 1.2		5	1	33425
Microguías Hologic 008		5	2	19662
Microguías Hybrid		3	3	19669
Histoacryl		3	4	19669
Lipiodol		1	5	37212
Cateter guía Chaperon 6F		1	6	32048
Fango Max 6F 95cm		1	7	18000
Llaves Hemostáticas Dobles		2	8	18001
Intraarterial		1	9	70833
Contraste visipaque		2	10	19154
			11	26228

**Productos a proveer**

Nombre y/o Descripción 1	Marca Comercial	Cantidad		
Dilatador		1	12	37619
Guía termio (0,35 x 260)		1	13	19033
Guía termio (0,35 x 150)		1	14	19034
Cateter termio		1	15	70829
				64 B P J



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

18 de Julio 1892. CP 11200

Tel: 1934

Institución a la que pertenece el paciente	CUDAM
Sector o Unidad de la Institución que dispensará el producto. Indicar dirección	CEN - MUCAM
En caso de implantes: Fecha programada y unidad quirúrgica donde se realizará la intervención	Fecha:
	Unidad:
	Dirección:



**CEN**  
CENTRO NACIONAL  
DE MEDICINA  
URUGUAYA

Firma y sello del médico tratante

No. Caja Profesionales 77977

TIMBR  
E  
  
PROFESIONAL

Nota: Este formulario completo deberá ser entregado en el Ministerio de Salud Pública, División Jurídico Notarial - 2º Piso Anexo.