CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		
Ref. Expediente Nf	FECHA λ 5	AÑO
La Junta Médica Descentralizada de (lugar)	n	- I∤L'_' taria
TANA HOSPITAL RAMOS SONTATIVE		
Constituida por Ley 10.592/87 - Decreto Reglamentario Nº 1149/90, di	dictamina que et Sr./a	. +
FERRAGIVE, EMILIO OMAR		
Documento de Identidad Fecha de Nacimiento	Edad Sexo Estado Civil lacen	::- alidad
5392741 DIC 19 09 41	[[G 3	1
NUMERO TIPO DIA MES AÑO		E
Demicilio actual - Calle	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Vicil		
Número Piso Dpto. Partido		
435 TANA1		1
Localidad		tal
TWW		į
Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico)		. !
431) 13		
DIAGNÓSTICO	limitique Código 💢 🖟	1
3255	según CHE 10	
PIFFICIENCIA (Indique el Código según Bareino CIDDM 1)		
6.61		.i
THE STANA NESS AS		
DESCAPACIDAD (Indique el Código según Baremo CIDOM 1)	Fecha de inicio (de la disemporidad)	<u>/</u>
440246 6.61 7.70 7.71		
[대대대 (Indique el Código según Baremo CIDDM f)		:
1.0 2.1 3.1 43 5.0		
GPADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad 🚺 (Indique la Opció	CIPAL "RAM	!
GPADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad 🚺 (Indique la Opció	ón según Baremo CIDDM3) JOUESON	

Vicil	
Número Piso Dpto. Partido	
435 - TM21	
Localidad	o Frastal
The state of the s	ا ا
Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico)	
431)13	
DIAGNÓSTICO ीत्रिक्ष्म Código हमारक्	
3255 Según (ME 10	
DEFECIENCIA (Indique el Código según Bereino CIDDM 1)	
6.64	
DESCAPACIDAD (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inido (de la discapacidad)	/
440246 6.61 7.70 7.71	
[-Hi-1(13)/ALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM f)	
1.0 2.1 3.1 4.3 5.0 6.2	
GPADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDITADI TOURS) O DESCA	
GPADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad 🚺 (Indique la Opción según Baremo CIDITAR) (O DESC	
ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. X Total (1946)	m.
THPO de la Discapacidad Visceral Mental Motora Motora	ual [
PRONÓSTICO de la Discapacidad [6] (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1)	
La institución de CURATELA se considera Necesaria Innecesaria X	
Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años 5 Años 5	10 20os X
NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO NO	
Dr. CARLOS A. PERALTA Médico Especialista en Médico Especialista en	
Medicina Física y Rehabilitación M.P. 94-200 M.N. 104-050	
Dr. Oc. 15.5	na li jemente
DIAECTOR Bosiphal Numbers B. Santimartia* Hospital Mu	al " stamarica"
Firms y Sello del Médico actuante Firma y Sello del Médico actuante Firma y Sello del Médico actuante Firma y Sello del	tor de Hospital