Formular unic	Formula
---------------	---------

Nº 9008

NUMERO NUMERO TIPO DIA MES ANO ST MES SCIDA NUMERO CARDO DOMINICIO ALUA CARDO DE PISO DPIO. Partido Commissione Calle Code Code	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	ORI IN
A Juni Médica Descentralizada de (lugar) TA-3 : I Ho S () : A Lond Soutanto N 1149/90, dictamina que el Sr./a Destituida por Ley 10.592/87 - Decreto Regiamentario N 1149/90, dictamina que el Sr./a Dictamento de Identidad Fecha de Nacimiento Edad Soxo Estado Civil Indiana Millaro TIPO DIA MES ANO FAM SACONI MILLARON TIPO DIA MES ANO FAM SACONI Número Piso Deto Partido Cód PP. Direce datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico) DIAGNÓSTICO Indiana Codigo esqún Baremo CIDOM 1) CODEFICIENCIA (Indique el Codigo esqún Baremo CIDOM 1) CODEFICIENCIA (Indique el Codigo esqún Baremo CIDOM 1) CODEFICIENCIA (Indique el Codigo esqún Baremo CIDOM 1) A 2 S S L. DISCAPACIDAD (Indique el Codigo esqún Baremo CIDOM 1) A 3 S S L. SEADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) LCANCE de la Discapacidad Visceral (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) LCANCE de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 3 Años Andrew S Codigo esqún Baremo CIDOM 1) LCANCE de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 4 Decretario Andrew S Codigo esqún Baremo CIDOM 1) A 5 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 5 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 6 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 6 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 6 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 7 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 6 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 7 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 7 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 1 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 1 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1) A 1 PRONOSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción esqún Baremo CIDOM 1	Ref. Expediente N°	"]
TANOIL HOSPITAL CANDO SAVERANON Constituted por Ley 10.592/87 - Decreto Reglamentario N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO REglamentario N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO REglamentario N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO REGlamentario N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO REGlamentario N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO REGLAMENTARIO N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO REGLAMENTARIO N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO REGLAMENTARIO N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO REGLAMENTARIO N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO REGLAMENTARIO N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO N° 1149/90, dictamina que el Sr./a PLAZANA JOCE DECRETO N° 149/90, dictamina que el	a Junta Médica Descentralizada de (lugar)	
Coordinate of Ley 10.592/87 - Decreto Reglamentario № 1148/90, dictamina que el Sr./a PLAZAA JOQUE DECRETO Reglamentario № 1148/90, dictamina que el Sr./a PLAZAA JOQUE DECRETO Reglamentario № 1148/90, dictamina que el Sr./a Poumento de identidad Fecha de Nacimiento Edad Sexo Estado Civil. Baid NUMERO TIPO DIA MES ANO FAM CICIDA NUMERO PISO DPIO, Partido Número Piso Dpio, Partido Número Piso Dpio, Partido 12.5 % L Diagnostico de indreés (teléfono, fax, correo electrónico) 12.5 % L DIAGNOSTICO Indique Codigo según Baremo CIDOM 1) C. CO T. P. C.		
Documento de Identidad Fecha de Nacimiento Edad Sexo Estado Civil. Bold 1 32 9 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Constituida por Ley 10.592/87 - Decreto Reglamentario N° 1149/90, dictamina que el Sr./a	
Documento de Identidad Facha de Nacimiento Edad Sexo Estado Civil Bid NMERO Omicilio actual - Calle Domicilio actual - Calle Coo May Número Piso Dipto. Partido Coc Fic Coc Coc Fic Coc Coc Fic Coc Fi		
NUMERO NUMERO DIA DELO DIA MES ANO ST Frim SCON NUMERO CAUDIO DIA MES ANO ST Frim SCON SCON DOMINICIO DIA MES ANO ST Frim SCON SCON DOMINICIO DIA MES ANO ST Frim SCON SCON DOMINICIO DIA MES ANO ST Frim SCON SCON DIA MES ANO ST Frim SCON DIA MES A	Dogumento de Identidad	Estado Civil
Número Piso Dpto. Partido 1318		
Número Piso Dplo. Parlido 13 8	NUMERO TIPO DIA MES ANO F/M	S/C/D/V
Discourage Dis		
Direce datos de interés (leiéfono, fax, correo electrónico) 12 5 5 6 1 DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO Indique Código según CIE 10 DEFICIENCIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad) Indique el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad) Indique el Código según Baremo CIDDM 1) A.O. 2.2 3.3 4.4 5.1 6.3 FRANDO DE GRAVEDAD de la Discapacidad A (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. To Perconóstico de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Visceral Provincion de CURATELA se considera Necesaria Innecesaria Parcial Trans. Parcial Trans. Según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de la Discapacidad (indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Al CANCE de	Número Piso Onto Partido	
Direce datos de interés (teléfono, fax, correo electrónico) 12.5 \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ DIAGNÓSTICO		
Direce dates de interés (leléfono, fax, correo electrónico) Direce dates de interés (leléfono, fax, correo electrónico) DiAGNÓSTICO Indique el Código según Baremo CIDDM 1) C.CO DEFICIENCIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad) (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) A.O C.Z C.Z C.J J.J Indique el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Visceral PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La instrución de CURATELA se considera Necesaria Innecesaria Innecesaria Necesaria Innecesaria Necesaria Innecesaria Necesaria Innecesaria		
Direce datos de interés ((eléfono, fax, correo electrónico) DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO G 1 0	てか21	Cod Pa
DIAGNÓSTICO C 1 D . DIAGNÓSTICO C 1 D . DEFICIENCIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) C . CO	Ofrece datos de interés (teléfono, fax, correp electrónico)	
DIAGNÓSTICO CALLO CALLO CALLO CHINDIQUE el Código según Baremo CIDDM 1) C.CO CHINDIQUE el Código según Baremo CIDDM 1) C.CO CHINDIQUE el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad) MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) A.O C.Z CALLO CRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad A.O C.Z CALLO CHINDIQUE el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad CINDIQUE la Opción según Baremo CIDDM 1) CALCANCE de la Discapacidad CINDIQUE la Opción según Baremo CIDDM 1) CALCANCE de la Discapacidad CINDIQUE la Opción según Baremo CIDDM 1) CALCANCE de la Discapacidad CINDIQUE la Opción según Baremo CIDDM 1) CALCANCE de la Discapacidad CINDIQUE la Opción según Baremo CIDDM 1) CALCANCE de la Discapacidad CINDIQUE la Opción según Baremo CIDDM 1) CALCANCE de la Discapacidad CINDIQUE la Opción según Baremo CIDDM 1) CALCANCE de la Discapacidad CINDIQUE la Opción según Baremo CIDDM 1) CALCANCE de la Discapacidad CINDIQUE la Opción según Baremo CIDDM 1) CALLO CALO		
SECULO CICA (Indique el Codigo según Baremo CIDDM 1) C.CO DEFICIENCIA (Indique el Codigo según Baremo CIDDM 1) C.CO DISCAPACIDAD. (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad) MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) A.O C.Z C.Z C.Z C.Z C.Z C.Z C.Z C		
DISCAPACIDAD (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad) MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) A.O. 2.2 3.3 4.4 5.4 6.3 GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. To Permonostrico de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Visceral Mental Innecesaria Proposition de CURATELA se considera Necesaria Innecesaria Proposition de Curate Innecesaria Proposition de Cur	11. 20.30	
DISCAPACIDAD (Indique et Cédigo según Baremo CIDDM 1) Fecha de inicio (de la discapacidad)	DEFICIENCIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1)	>
MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) A O Z Z 3.3 4.4 5.1 6.3 MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. To Permonóstico de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Visceral Mental Motora Mental Motora Mental Motora Mental Motora Mental Mental Motora Mental Motora Mental Mental Motora Mental Mental Motora Mental Mental Mental Motora Mental Menta		
MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) A O Z Z 3.3 4.4 5.1 6.3 MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. To Permonóstico de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Visceral Mental Motora Mental Motora Mental Motora Mental Motora Mental Mental Motora Mental Motora Mental Mental Motora Mental Mental Motora Mental Mental Mental Motora Mental Menta		
MINUSVALIA (Indique el Código según Baremo CIDDM 1) A.O. 2.2.3.3 Y.Y. 5.1 (6.3) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. To Permonental Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Mental Motora Mental Ment	Fecha de Inicio (de	e la discapacidad)
GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad A (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. Viso PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la D	T.T.	
GRADO DE GRAVEDAD de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) ALCANCE de la Discapacidad (Parcial Trans.) Parcial Perm. Total Trans. To Permit Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) PRONÓSTICO de la Discapacidad		
ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. To Permitte de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Visceral Perm. Mental Motora Auditiva Visceral Perm. Total Trans. To Permitte de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Visceral Permitte de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Mental Motora Auditiva Mental Motora Auditiva Mental Motora Auditiva Mental Motora Mental Motora Mental Ment	M.O. [2.2] [3.5] [4.4] [5.1] [6.3]	
ALCANCE de la Discapacidad Parcial Trans. Parcial Perm. Total Trans. To Permitte de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Visceral Perm. Mental Motora Auditiva Visceral Perm. Total Trans. To Permitte de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Visceral Permitte de la Discapacidad Visceral Mental Motora Auditiva Mental Motora Auditiva Mental Motora Auditiva Mental Motora Auditiva Mental Motora Mental Motora Mental Ment	GRADO DE GRAVEDAD do la Discaposidad	
PRONÓSTICO de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) La institución de CURATELA se considera Necesaria Innecesaria Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO DI. CARLOS A. PRADITA Redaction of Respectation of State	A CAMOE I I I TO	DDM 1)
Plazo de la Discapacidad (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1) Ja institución de CURATELA se considera Necesaria Innecesaria Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años 10		il Trans To Pe
Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años AMON SA AÑOS SECESITA ACOMPAÑANTE SI NO NO NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO NECESI	IPO de la Discapacidad Visceral 🔀 Mental 🦳 Motora 💢	Auditiva 📋 💮 Vis
Plazo de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años AMON SA AÑOS SECESITA ACOMPAÑANTE SI NO NO NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO NECESI	PONÓSTICO de la Discapacidad 🚺 (Indique la Opción según Baremo CIDDM 1)	
Plaze de la VALIDEZ del Certificado 1 Año 2 Años 3 Años 6 RAMON CANDO DE CESITA ACOMPAÑANTE SI NO NO NO SECENDA A PRANCISCO E Subsciolar de Alemania de Sinicipalis de Compaña d		
NECESITA ACOMPAÑANTE SI NO NO NO CARLOS A. PRALITA Médicina Essuecialista en Cha. SANI RIA MASSELL Directorio de Alter de Indiana de Sini de Son de Constante de Sini de Son de Constante de Constante de Sini de Son de Constante de Sini de Sini de Son de Constante de Sini de Si	Nordela la Vati DEZ di La visa di	
Dr. CARLOS Medicina Especialista en M.P. oa. 26g M.N. Jod. 050 Enceloro de Alary Intinaria Geresta la grandia de Mini Santa Maria de Mini Santa		RAMONS
Directors of Child	NO NO	(EBOEN)
Directors of Child	Medicine Especial Pro-	
Secretaria de Mind	Rehabita en	
Secretaria of Mod NIRECTOR MEDICO	104.050 Dia SANIGIA MASSIN DE VITO X32-11	Co A A United
	Sarretain of Solid MECOGRATECTES	OH - TANO Cospilal Man
Filma y Sello del Médico actuante Firma y Sello del Médico actuante Firma y Sello del Directo del		Firm y Sollo del Di