

Ushuaia, 10 de Abril del 2012

Sr. Presidente del Consejo Deliberante:

Me dirijo a usted con todo mi debido respeto, con el motivo de solicitarle la eximision del pago de los derechos del cementerio Parque ,el numero de orden es 59/1993 porque yo me encuentro con una discapacidad que me impide trabajar .

Junto a esta nota le envio el certificado donde consta mi discapacidad y presente todos los certificados en renta.

421796 Consejo Deliberante.

Bloque Partido Fueguino ( sr.lalo cardenas)

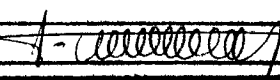
Jose victor Muñoz Vera

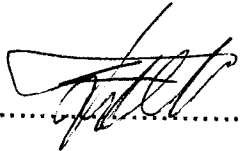
D.N.I:18.741.880

DIRECCION:Cabo de Hornos N°3880

TEL:445600 15569668

Saludos atentamente.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	10/04/12 Hs: 11:10
Numero:	302 Fojas: 3
Expte. N°	41/12
Girado:	
Recibido:	



Firma 18741880



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur  
 REPUBLICA ARGENTINA  
 MINISTERIO DE SALUD

### CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha..... *Ushuaia 31/01/2012*

Sr: Director del Hospital.....

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente a través de la realización del reconocimiento médico, referido a:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE	
<i>Muñoz Vera José</i>	
D.N.I. N° <i>18.740.880</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle.....N°.....Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....Barrio.....Localidad <i>Ushuaia</i>	
Provincia <i>Tierra del Fuego</i> CP <i>9410</i> Teléfono.....	

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión interpuesta ante el Ministerio de Desarrollo Social Provincial.

Saludo a Ud. atentamente.

Firma y sello del Responsable  
 Director de Fiscalización Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Ministerio de Salud

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

[Handwritten name and address]
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. Indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

[Handwritten medical diagnosis]

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

[Handwritten clinical sequelae]

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

Resumen de historia clínica [ ]

Exámenes de laboratorio actualizado [ ]

Tratamiento Indicado [ ]

III. Otras enfermedades:

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si [ ] No [ ]

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si [ ] No [ ]

VI. La incapacidad es:

Total [ ]
Parcial [ ]

Permanente [ ]
Temporal [ ]

Porcentaje estimado: %
(de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico [ ]

Mental [ ]

Físico y Mental [ ]

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

Motor [ ]

Visual [ ]

Viseral [ ]

Auditivo [ ]

IX. Si la discapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera necesario gestionar la curatela (designación de un representante legal en caso de solicitantes alienados mentales mayores de edad)

SI [ ]

NO [ ]

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnostico de incapacidad? SI [ ] NO [ ]

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI [ ] NO [ ]

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años [ ]

5 años [ ]

10 años [ ]

Lugar y fecha: de 20...

[Handwritten signature and stamp of Dr. Jorge Luis Olivo]

Firma del médico actuante

DR. JORGE LUIS OLIVO
M.M. 203 M.N. 79255
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REG. USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

[Handwritten signature and stamp of Dra. Emilia Castri]

Firma del médico actuante

Dra. MAZZOTTA Graciela
Dr. Provincial de Fiscalización
y Regulación Sanitaria

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida  
e Islas del Atlántico Sur.  
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD  
Dirección de Fiscalización Sanitaria

CERTIFICADO N°: 3453

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48

USHUAIA, 19 de ENERO de 2011

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Apellido y Nombres: MUNOZ VERA JOSE VICTOR  
 DNI-LE-LC-CIN: 18741880 Edad: 60a Sexo: Male  
 Fecha de nacimiento: 08/12/1950 Estado civil: Casado  
 Domicilio: Casa de Hornos N° 3880 Localidad: Ushuaia  
 Provincia: Tierra del Fuego  
 Causa del daño (diag. final o presuntivo): Lesión degenerativa lumbar, fractura  
 sin de la fémur, SDH Hombro derecho

DEFICIENCIA: 70.51 - 71.0 - 71.6

DISCAPACIDAD: 44 - 56 - 52 - 71.1 -

DESVENTAJA: 1.0 - 2.0 - 3.1 -

Apto para actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Minima
Prácticas		X	
Intelectuales	X		
Sociales	X		
Deportivas			X
Observaciones:	Puede desarrollar actividades que no demanden el fuerzo de su col lumbar incluyendo laborales		

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., desv y minusv.)

**Validez del certificado:**

Permanente  (válido por 10 años) Temporario  Válido hasta el 19/01/21  
 Requiere libre estacionamiento SI  NO   
 Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI  NO   
 Requiere vehículo adaptado SI  NO

**ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES**

GUILLELMO BROWNE  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DR. JUAN CARLOS GOMEZ  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
M.N. 105929 M.P. 226593 N. 11

Dra. Susana Zajic  
Esp. en Medicina Laboral  
M.N. 93640 M.M. 565  
M. Laboral 6545

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor únicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.