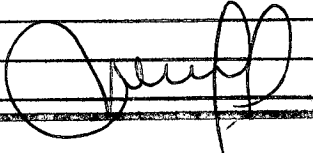


CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	10/02/2020 Hs. 12:31
Numero:	59
Fojas:	3
Expte. N°	
Girado:	
Recibido:	

Ushuaia, 20 de febrero de 2020

Señor Presidente  
Consejo Deliberante  
Ciudad de Ushuaia.

Ref. "Cartel de Discapacidad"

De mi mayor consideración:

Quien suscribe Estela Maria VERA, DNI 11085390, con domicilio en calle Bahía Ushuaia N° 3165 B° Rio Pipo de esta ciudad; tengo el agrado de dirigirme a a Usted, a fin de solicitarle por su intermedio la tramitación y colocación del cartel de estacionamiento para persona con discapacidad.

El presente obedece a poder contar con el espacio de estacionamiento más próximo a mi domicilio por mi condición de salud.

A tales efectos, adjunto copia del DNI y del Certificado de Discapacidad actualizado.

Sin otro particular, saludos a Usted muy atentamente.

Estela M Vera  
Estela Maria Vera  
11.085.390  
0291-1540 3255



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

**CERTIFICADO MEDICO OFICIAL**

Lugar y fecha. *Ushuaia, 03/12/14*

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

*Vera Estela María*

D.N.I. N° *11.085.390* C.I. N° .....

L.C. N° ..... L.E. N° .....

DOMICILIO PARTICULAR

Calle *B. Ushuaia* N° *3165* Piso ..... Dpto. .... Entre calle ..... y .....

Calle ..... Barrio ..... Localidad *Ushuaia*

Provincia *TDF* CP *9410* Teléfono *15403255*

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

Saludo a Ud. atentamente.

*[Signature]*  
María Eugenia Marandino  
DIRECTORA  
Dirección de Fiscalización Sanitaria  
S.S.P.S. - M.S.

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 Dr. en Medicina certificado por este Servicio a:

**Vera Estela María**

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

**Visión Subnormal bilateral secuela de tumor de hipófisis - Cardiopatía Hipertensiva - Hiposomnias leves**

II. Indicar otras enfermedades o lesiones de la misma:

**Visión "en tubo" bilateral -**

**Trastornos de la memoria**

Al presente certificado médico deberá adjuntarse:

- Resumen de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizados
- Tratamientos realizados

(Declarar siempre 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 desarrollo acorde a la edad?  SI  NO

VI. La incapacidad es:

Física <input checked="" type="checkbox"/>	Psíquica <input checked="" type="checkbox"/>	Porcentaje estimado: <b>68</b> %
Mixta <input type="checkbox"/>	Transitoria <input type="checkbox"/>	(de la capacidad habitual)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente:

Física <input checked="" type="checkbox"/>	Mental <input type="checkbox"/>	Física y Mental <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	--

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

Motor <input type="checkbox"/>	Visual <input checked="" type="checkbox"/>
Visceral <input type="checkbox"/>	Auditivo <input checked="" type="checkbox"/>

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 mentalmente):

SI  NO

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico 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: **Ushuaia, 3 de Diciembre** de **20.14**

**Italo Adrián Colla**  
Esp. en Traumatología -  
Medicina del Trabajo - HRU  
M.N. 109157 - M.M. 463

Firma del médico tratante:  
**Carlos F. Lopez**  
Director Médico  
Regional Ushuaia  
M.N. 80844

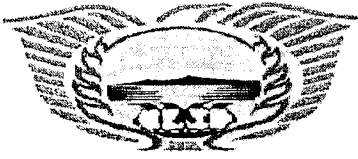
Firma y sello del Director del Hospital

**RUBEN G. SANTOS**  
Med. Generalista y Laboral  
M.P.M.M. 119

Firma del médico acreedor

**María Eugenia Marandino**  
DIRECTORA  
Dirección de Fiscalización Sanitaria  
S.S.P.S. - D.S.

Firma y sello de la Dirección de Fiscalización Sanitaria  
**Secretaría de Finanzas**  
**de la Prefectura**



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTA RTICA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR.

ORDINAS Maria Noem  
Administrativa  
Directo y de Discapacidad

00389477-2

CERTIFICADO N° ARG-01-00011085390-20141125-20241125-FGO-285

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: VERA ESTELA MARIA		
TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - F - 11085390	N° CUIT/CUIL: -----	F/NACIMIENTO: 01/02/1955

**DIAGNOSTICO:** Visión subnormal de ambos ojos.Tumor benigno de la hipófisis

**DIAGNOSTICO FUNCIONAL:**  
**FUNCIONES CORPORALES:** b2101.3 b2100.3 b2102.2

**ESTRUCTURAS CORPORALES:** s1103.343

**ACTIVIDAD / PARTICIPACION:** d2102.22 d4601.24 d110.34 d4502.24 d3601.11 d166.34 d630.23 d870.13 d640.34 d510.23 d170.34 d520.23 d2301.13 d345.34 d839.01 d4503.24 d315.34

**FACTORES AMBIENTALES:** e2450..3 e1251.+3 e360.+3 e1201.+3 e5801.+3 e1101.+3 e310.+4 e210..3 e5800.+3 e320.+3 e240..3

**ORIENTACION PRESTACIONAL:**  
 - REHABILITACION- PRESTACIONES EDUCATIVAS

**VENCIMIENTO:**  
 El presente certificado tiene validez hasta el: 25/11/2024

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.

**ACOMPAÑANTE:**  
 "En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante."  
 Acompañante: SI

**LUGAR Y FECHA DE EMISION**  
 Lugar: Ushuaia Fecha emision: 25/11/2014

**EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:**  
 Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
TIMINO Miguel Angel	MARURI FOSS Maria Alejandra	SOSA Milton Nelson
Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 357 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	M. Alejandra Maruri Foss Lic. en Psicología M.P. N° PS-128 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	Milton Sosa Lic. en Trabajo Social M.P. T.S. N° 091 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello



Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: [www.discapacidad.gov.ar](http://www.discapacidad.gov.ar)

<p>00389477-2  <b>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</b>          Ley N° 22.431</p>		<p>5607120239  <b>CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD</b></p>							
APELLIDO VERA NOMBRES ESTELA MARIA D.N.I. - F - 11085390 TIPO/NRO DOCUMENTO Fecha nacimiento: 01/02/1955 Emitido por: Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia		NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-01-00011085390-20141125-20241125-FGO-285 <table border="1"> <tr> <td>FECHA EMISION 25/11/2014</td> <td>FECHA VTO 25/11/2024</td> <td>ACOMPAÑANTE SI</td> </tr> <tr> <td>PROFESIONAL TIMINO Miguel Angel</td> <td>PROFESIONAL MARURI FOSS Maria Alejandra</td> <td>PROFESIONAL SOSA Milton Nelson</td> </tr> </table>		FECHA EMISION 25/11/2014	FECHA VTO 25/11/2024	ACOMPAÑANTE SI	PROFESIONAL TIMINO Miguel Angel	PROFESIONAL MARURI FOSS Maria Alejandra	PROFESIONAL SOSA Milton Nelson
FECHA EMISION 25/11/2014	FECHA VTO 25/11/2024	ACOMPAÑANTE SI							
PROFESIONAL TIMINO Miguel Angel	PROFESIONAL MARURI FOSS Maria Alejandra	PROFESIONAL SOSA Milton Nelson							