



MINISTERIO DE GOBIERNO
REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

2024 "Año de la digitalización y simplificación administrativa, de las startups, de la inteligencia artificial, del desarrollo de la ciudadanía digital y de la salud mental."

30/03/2023

FORMULARIO ANEXO I REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS ART.85 LEY N° 26.413

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	Flavia Benitez		
DNI / C.I	34802568	Nacionalidad	argentina
Domicilio	Bdo de Irigoyen	Tel.Cel	Haga clic aquí para escribir texto.
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	4	1	4	2024	-----	ARCHIVO
Dato/s Incorrecto/s	Nombre del/la Inscripto/a		IRECEMA			
Dato/s Correcto/s	IRACEMA					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
---					-----	-----
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		Haga clic aquí para escribir texto.			
Dato/s Correcto/s	Haga clic aquí para escribir texto.					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
---					-----	-----
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		Haga clic aquí para escribir texto.			
Dato/s Correcto/s	Haga clic aquí para escribir texto.					

ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

1	DNI DE LA CIUDADANA	2	ACTA DE DEFUNCION DE LA CIUDADANA
3	Haga clic aquí para escribir texto.	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma de Solicitante



BENITEZ FLAVIA MARIANELA
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas

Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	4	2024

DEFUNCIÓN

En General Manuel Belgrano - DOS HERMANAS
República Argentina, a Veinticinco de Julio
de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de DA SILVA IRECEMA
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado VIUDO
profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 17345242
Domicilio PJE CAMPIÑAS- BDO DE IRIGOYEN- MNES
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISIONES el 10 de Abril de 1954
Ocurrida en: PJE DOS HERMANAS- BDO DE IRIGOYEN- MNES
El 18 de Julio de 2024, a las 13:30 horas
Causa de la Defunción: INSUFICIENCIA AGUDA- INFARTO AGUDO
Certificado Médico: MEDICO GRACIELA NOEMI FERREIRA
Era cónyuge de: _____
Declarante: Sergio ANTUNEZ DE LARA Doc. Ident: 32219376
Domicilio: B° Prov. Unidas Bernardo De Irigoyen
Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FÚNEBRE. ART 60 DE LA LEY 26413. DISPOSICIÓN 1705/2024. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.



BENITEZ FLAVIA MARIANELA
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas

baf3d07b0caa2a06ac0a87695a35610e

CERTIFICADO DE DEFUNCION

*Diego Domingo Puro
Compañía*

*DR. GRACIELA N. FERRERA
MEDICA CIRUJANA
MN 92893 MP 5289*

Fecha de inscripción: Día 25 Mes 07 Año 2024
TOMO 1 FOLIO 4 ACTA 8

DEPARTAMENTO: *General A. Bolognesi* REGISTRO CIVIL DE: *San Bernardino*
NUMERO: *2516*

CERTIFICO que Don/ña *LA SILVA IRACEMA*
D.N.I. / E.C. *17345242* Domiciliado/a en calle *Pje Dos Hermanas / Pje Compañías* N° *SN*
Varón Mujer

Localidad *Pdo de Trigoym* Provincia *Misiones* de *70* Años de edad, Nacido el *10* de *abril* de *1954*
en *Misiones* Estado Civil (1) *Viuda* Nacionalidad *Argentina* Profesión u ocupación *Jubikada*

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día *18* de *julio* de 20*24* a las *13:30* horas en: *domicilio*

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Sí 1 No 2
¿Tuvo lesión que le produjo la muerte? Sí 1 No 2
Lo atendió el médico que suscribe: Sí 1 No 2

Causa de la defunción a) *Paro Cardio Respiratorio* b) *Insuficiencia Cardíaca - Infarto*
Lugar donde ocurrió el hecho: *Pje Dos Hermanas Calle SN* *Aguas*

PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido *Graciela Noemi Ferrera* Matrícula Profesional N° *5289*

Domicilio Profesional: Calle *Av Farfan Esq Lucrecia Leites* N° *SN* Piso *—*
Localidad *Pdo de Trigoym* Teléfonos *—*

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: *Pdo de Trigoym*
Fecha: *18* de *julio* de 200*24*



A - Para el Registro Civil - Valor Legal

(1) Llenar este ítem solamente si presenta LIBRETA DE FAMILIA

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

(B) Para la Dirección de Estadísticas de Salud - Valor Estadístico

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

2 Departamento o Partido <u>Distrito de Belgrano</u>	3 Delegación o Registro Civil <u>Distrito Belgrano</u>	Número <u>2516</u>	4 TOMO <u>1</u>	FOLIO <u>4</u>	ACTA <u>4</u>
--	--	-----------------------	---------------------------	-------------------	------------------

1 Fecha de Inscripción	Día <u>25</u>	Mes <u>07</u>	Año <u>2024</u>
-------------------------------	------------------	------------------	--------------------

DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/> → Pasar a Preg. 7	6 Lo atendió el médico que suscribe? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
---	---

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.

a) Paro cardiorespiratorio

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Insuficiencia Cardíaca

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Infarto Agudo

II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)

a) Indicar si fue por: * Accidente 1 * Suicidio 2 * Homicidio 3 * Se ignora 9

b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.

c) Lugar donde ocurrió el hecho: _____

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS

* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si 1 No 2 Se ignora 9 Continuar abajo

* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día _____ Mes _____ Año _____

La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 Parto 2 Puerperio 3

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <u>DA SILVA</u>	Nombre/s <u>IRACEMA</u>	D.N.I. N° <u>17 345 242</u>
-------------------------------	----------------------------	--------------------------------

10 Fecha de la defunción Día Mes Año <u>18</u> <u>07</u> <u>2024</u>	11 Fecha de nacimiento Día Mes Año _____ _____ _____
---	---

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años Años 70

* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días Meses _____ Días _____

* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos Horas _____ Minutos _____

13 Sexo: Masculino 1 Femenino 2 Indeterminado 3

14 Ocurrió en... 1 Establecimiento de salud público } Nombre del establecimiento: _____
2 Establecimiento privado, obra social, etc. }
3 Vivienda (domicilio) particular } Pasar a Preg. **15**
4 Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) }
No Usar

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: Dje de Herminias Calle SN, sin Numero

Localidad/Paraje Palo de Inyogen Departamento o Partido Dist. Manuel Belgrano

Provincia Misiones

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Dje de Herminias

Localidad/Paraje Palo de Inyogen Departamento o Partido Dist. Manuel Belgrano

Provincia (o país para extranjeros) Misiones País Argentina

17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de 18 años, completar)

Continúa al dorso

SÓLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

DATOS DEL FALLECIDO

18. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>							
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo			
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
					-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
• Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>					

19. Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1	<input type="checkbox"/>
• No trabajaba	2	<input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo		

20. Cuál era su ocupación habitual?

No Usar

SÓLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

21. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>							
• S. E. No reformado	Incompleto	Completo		S. E. Reformado	Incompleto	Completo			
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
					-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
• Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>					

22. Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años _____

23. La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Si 1 → Responder Preg. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente

No 2 → Pasar a Preg 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

MADRE

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

24. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>							
• S. E. No reformado	Incompleto	Completo		S. E. Reformado	Incompleto	Completo			
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
					-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
• Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>					

PADRE

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25. Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1	<input type="checkbox"/>
• No trabaja	2	<input type="checkbox"/>
Busca trabajo	3	<input type="checkbox"/>
No busca trabajo		

26. Cuál es su ocupación habitual?

No Usar

PADRE / MADRE

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Sólo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

27. Cuál fue el peso del niño al nacer? • gramos _____

28. Cuál fue su peso al morir? • gramos _____

29. Nació de un embarazo...

• Simple	1	<input type="checkbox"/>	→ ir a pregunta siguiente
• Múltiple	2	<input type="checkbox"/>	→ el que produjo: _____ niños vivos, y _____ defunciones fetales

30. Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas _____

31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

Día _____ Mes _____ Año _____

32. Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos _____

33. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? _____ y cuántas defunciones fetales? _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 Apellido y nombre Ferreira Bracela Noam
 Domicilio _____
 Profesional: Calle _____

Matrícula Profesional N° _____





REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname
DA SILVA

Nombre / Name
IRACEMA

Sexo / Sex F Nacionalidad / Nationality ARGENTINA Ejemplar A

Fecha de nacimiento / Date of birth
10 ABR / APR 1954

Fecha de emisión / Date of issue
26 AGO / AUG 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry
25 AGO / AUG 2029

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

17.345.242

Trámite N° / Of. ident.
00292599857
8149



17345242



Posadas,.....

A LA SEÑORA
DIRECTOR GENERAL
DEL REGISTRO PCIAL
DE LAS PERSONAS
S / D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados “EXPTE 2581-A-24, BENITEZ FLAVIA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE DA SILVA IRECEMA”.-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. BENITEZ Flavia en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 17.345.242 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de DA SILVA Irecema, (Acta 4-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Dos Hermanas-Mnes) el nombre de la causante, donde se consignó: “Irecema”, debiendo ser: **“Iracema”**.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción, 3) D.N.I. de la causante.-

Que del cotejo y análisis de la documental acompañada, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende, salvo mejor criterio, que corresponde hacer lugar a lo solicitado; dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85, ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Es cuanto informo.-.

INFORME N° 396/24
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. MARÍA ALEJANDRA BENITEZ
ABOGADA LEGAL
Dpto. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas



Posadas, 16 de Agosto de 2024.-

DISPOSICION N° 1921/24

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 2581-A-24, BENITEZ FLAVIA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE DA SILVA IRECEMA”.-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. BENITEZ Flavia en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 34.802.568 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de DA SILVA Irecema, (Acta 4-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Dos Hermanas-Mnes) el nombre de la causante, donde se consignó: “Irecema”, debiendo ser: **“Iracema”**.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción, 3) D.N.I. de la causante.-

Que se accede por informe N° 396/24 Reg. Departamento Jurídico y Legalizaciones a lo solicitado dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 de la Ley N° 26.413 y normativas concordantes.-

POR ELLO.

**LA DIRECTORA GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
DISPONE:**

ARTICULO 1: RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de DA SILVA Irecema, (Acta 4-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Dos Hermanas-Mnes) el nombre de la causante, siendo lo correcto: **“Iracema”**.-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Dos Hermanas-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

ARTICULO 3: REGISTRESE, Comuníquese, cumplido, ARCHIVESE por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA Firmado digitalmente por
Paula Brigida ECHEVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2024.08.16 10:36:09
-03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

4

Tomo	Acta	Año
1	4	2024

DEFUNCIÓN

En General Manuel Belgrano - DOS HERMANAS
República Argentina, a Veinticinco de Julio
de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de _____
DA SILVA IRECEMA
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado VIUDO
profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 17345242
Domicilio PJE CAMPIÑAS- BDO DE IRIGOYEN- MNES
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISIONES el 10 de Abril de 1954
Ocurrida en: PJE DOS HERMANAS- BDO DE IRIGOYEN- MNES
El 18 de Julio de 2024, a las 13:30 horas
Causa de la Defunción: INSUFICIENCIA AGUDA- INFARTO AGUDO
Certificado Médico: MEDICO GRACIELA NOEMI FERREIRA
Era cónyuge de: _____
Declarante: Sergio ANTUNEZ DE LARA Doc. Ident: 32219376
Domicilio: B° Prov. Unidas Bernardo De Irigoyen
Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FÚNEBRE. ART 60 DE LA LEY 26413. DISPOSICIÓN 1705/2024. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.

89

Rectificación

Disposición N° 1921/2024 de fecha 16-08-2024. Expte N° 2581-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: DA SILVA Irecema, (Acta 4- Tomo 1°- Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Dos Hermanas-Mnes.), el nombre de la causante, siendo lo correcto: "Iracema".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 19-08-2024.



Eloísa Araci Sosa
ELOISA ARACI SOSA
Inspectorá Zona Norte
Registro Provincial de las Personas

baf3d07b0caa2a06ac0a87695a35610e