PODER JUDICIAL
PROVINCIA DE MISIONES

JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 2
PROVINCIA DE MISIONES
SECRETARIA 2
38635/2024

FOLIO
Nº _____

Posadas Misiones, 06 de agosto de 2024.-

Oficio ID Nº 25718970
AL REGISTRO DE LAS PERSONAS
POSADAS - MISIONES

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, por disposición de S.S en el marco del expediente **"38635/2024 VARELA, LUCAS MAXIMILIANO S/ HOMICIDIO EN ACCIDENTE DE TRANSITO SUM. 170/24- SECC. 3º"** que se tramita por ante éste Juzgado de Instrucción N°2, SECRETARIA Nº2, de la 1º Circunscripción Judicial de la provincia de Misiones, a los fines de INFORMAR la medida recaída en autos que dice: "Posadas, Misiones, 06 de agosto de 2024... Atento al estado de autos **Líbrese Oficio al Registro Provincial de las Personas de la ciudad de Posadas, Misiones, a los fines de que procedan a las anotaciones y/o registros que por ley correspondan** respecto de la defunción del ciudadano **Wenceslao Moreira Manuel - DNI Nº 21.120.212** acaecida en fecha **23 de marzo de 2024**, hecho certificado por el Profesional Dr. Milton Dario Acosta. Todo ello atento al tiempo transcurrido y lo previsto por el articulo **60, 63, 80 y consecuentes de la Ley 26413**. **Adjúntese copia digital del Certificado de defunción** del ciudadano **Wenceslao Moreira Manuel** obrante en el presente legajo."-

Como recaudo legal transcribo lo dispuesto en autos que en sus partes, dice: "Posadas, Misiones, 06 de agosto de 2024...OFÍCIESE...Firmado: Dr. JUAN MANUEL MONTE Juez de Instrucción Nº 2, ante mí Secretaria Autorizante que doy fe.-

Diligenciado vuelva.-

Saludo a Usted muy atte.-

RVFJ

Digitally signed by GALETTO PALACIOS Florencia
Date: 2024.08.06 09:24:03 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia Informatica

Provincia de Misiones
Ministerio de Salud Pública
Programa Nacional de Estadística de Salud

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción — Día: | Mes: | Año:

DEPARTAMENTO: | REGISTRO CIVIL DE: | NUMERO: | TOMO: | FOLIO: | ACTA:

CERTIFICO que Don/ña Moreira Manuel Wenceslao — Varón ☑ Mujer ☐

D.N.I. / L.C. / C.I. 21.120.212 — Domiciliado/a en calle Las Azaleas s/n, Villa Longa Norte — Nº

Localidad Garupa — Provincia Misiones — de 54 Años de edad, Nacido el 28 de septiembre de 1.969

en Misiones — Estado Civil (1) ---------- — Nacionalidad argentino — Profesión u ocupación ----------

Ha fallecido de: Enfermedad ☐ Muerte Violenta ☑ El Día 23 de marzo de 2024 a las 22.40 horas en: Htal Madaria

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad — Sí 1 ☑ — Lo atendió el médico — Sí 1 ☐

o lesión que le produjo la muerte? — No 2 ☐ — que suscribe — No 2 ☑

Causa de la defunción a) Traumatismo de Craneo Encefalico Gravisimo

b) Trauamtismo Abdominal Cerrado Grave

Lugar donde ocurrió el hecho: Htal Madariaga

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Milton Dario Acosta — Matrícula Profesional Nº MPM00291

Domicilio Profesional: Calle Rebollo — Nº 1488 — Dto. — Piso

Localidad Pdas-Mnes — Teléfonos

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Morgue Judicial

Fecha: 24 de marzo de 2024

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

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

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

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

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de Inscripción: Día ____ Mes ____ Año ____

2 Departamento o Partido ____ | 3 Delegación o Registro Civil ____ Número ____ | 4 TOMO ____ FOLIO ____ ACTA ____

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

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Sí 1 [✓] No 2 [ ] → Pasar a Preg. 7

6 Lo atendió el médico que suscribe? Sí 1 [✓] No 2 [ ]

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

		INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.	a) Traumatismo de Craneo Encefalico Gravisimo	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.	b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)	
	c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)	
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	No Usar	

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 vehiculo 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? Sí 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	Nombre/s	D.N.I. Nº
Moreira	Manuel Wenceslao	21.120.212

10 Fecha de la defunción: Día 23 Mes 03 Año 2024

11 Fecha de nacimiento: 28/09/1969

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: Años 54
* 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...

* Establecimiento de salud público 1 [✓]
* Establecimiento privado, obra social, etc. 2 [ ]
* Vivienda (domicilio) particular 3 [ ]
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 [ ]

→ Pasar a Preg. 15

Nombre del establecimiento: Htal Madariaga

No Usar

15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: Htal Madariaga

Localidad/Paraje: Posadas — Departamento o Partido: Capital

No Usar — Provincia: Misiones

16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: Las Azaleas s/n Villa Longa Norte

Localidad/Paraje: Garupa — Departamento o Partido: Garupa

Provincia (o pais para extranjeros): Misiones — País

17 Pertenecia o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)

* Obra Social 1 [ ] * Plan de salud privado o mutual 2 [ ] * Ambos 3 [ ] * Ninguno 4 [ ]

Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

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 ☐
- S.E. No reformado — Incompleto / Completo
  - -- Primario 02 ☐ 03 ☐
  - -- Secundario 04 ☐ 05 ☐
- Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐

S.E. Reformado — Incompleto / Completo
- -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 ☐ 12 ☐
- -- Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐
- -- Polimodal 15 ☐ 16 ☐

19 Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o estaba de licencia 1 ☐
- No trabajaba
  - Buscaba trabajo 2 ☐
  - No buscaba trabajo 3 ☐

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

MADRE

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 ☐
- S. E. No reformado — Incompleto / Completo
  - -- Primario 02 ☐ 03 ☐
  - -- Secundario 04 ☐ 05 ☐
- Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐

S. E. Reformado — Incompleto / Completo
- -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 ☐ 12 ☐
- -- Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐
- -- Polimodal 15 ☐ 16 ☐

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

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

PADRE

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 ☐
- S. E. No reformado — Incompleto / Completo
  - -- Primario 02 ☐ 03 ☐
  - -- Secundario 04 ☐ 05 ☐
- Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐

S. E. Reformado — Incompleto / Completo
- -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 ☐ 12 ☐
- -- Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐
- -- Polimodal 15 ☐ 16 ☐

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

PADRE / MADRE

25 Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1 ☐
- No trabaja
  - Busca trabajo 2 ☐
  - No busca trabajo 3 ☐

26 Cuál es su ocupación habitual?

No Usar

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 ☐ → ir a pregunta siguiente
- Múltiple 2 ☐ → 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 ☐

Otro 2 ☐

Apellido y nombre Acosta Milton Dario

Matrícula Profesional Nº MPM00291

Firma

Domicilio Profesional: Calle Rebollo Nº 1488

Localidad: Pdas-Mnes Teléfono:

Sello

Digitally signed by ACOSTA Milton Dario
Date: 2024.03.20 11:23:20 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaría de Tecnología Informatica

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

PROVINCIA DE MISIONES
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"

POSADAS, 22 de agosto de 2024.-

SEÑOR/A SECRETARIO/A
JUZGADO DE INSTRUCCION N° 2
DE LA 1° CIRCUNSC. JUDICIAL
POSADAS - MISIONES
S / D

Nota N° 1405 / 2024.-

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a Vuestro **Oficio N° 25718970/2024** de fecha 06 de agosto de 2024, librado en autos caratulados **"EXPTE. N° 38635/2024 VARELA LUCAS MAXIMILIANO S/ HOMICIDIO EN ACCIDENTE DE TRANSITO SUM. 170/24- SECC. 3".** A tal efecto, previo a dar cumplimiento a lo ordenado, le solicitamos se sirva indicar a este Registro mediante providencia ampliatoria, el correcto número de DNI de la persona fallecida; toda vez que en la transcripción del fallo en vuestro instrumento consta como identificación de la misma **"21.120.212"**, y de acuerdo a la base de datos del Registro Nacional, esa numeración le corresponde a otro ciudadano, no pudiendo registrar la manda judicial con los datos que no se corresponden.-

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

CASTILLO Viviana Cristina Raquel

Firmado digitalmente por CASTILLO Viviana Cristina Raquel
Fecha: 2024.08.22 09:29:43 -03'00'