



JUZGADO CORRECCIONAL Y DE MENORES N° UNO
2º CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DE MISIONES
Bolivia N° 487 - Oberá, Mnes - CP 3360
juzgadocorreccional1.obera@jurmisiones.gov.ar

OFICIO N° 26946350.

Oberá, Misiones, 07 de Noviembre de 2024.-

A LA DIRECTORA GENERAL

DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS

PAULA ECHEVARRIA

S/DESPACHO.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., por disposición de S.Sa., en la causa caratulada: "Expte. N° 150372/2024", que se tramita por ante este Juzgado Correccional y de Menores N°1 de la Segunda Circunscripción Judicial, Secretaría N° Dos; con el objeto de **REMITIR**, copia de Certificado de Defunción de quien en vida fuera: "**DE OLIVERA MARCOS, D.N.I. N° 28.002.957**", a fin de llevarse acabo la correspondiente inscripción.

Sin otro particular saludo a Ud., con atenta y distinguida consideración.-

ARE

Digitally signed by ROA Aidana Micaela
Date: 2024.11.08 11:47:36 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnología
Informática

Signature Not Verified

Digitally signed by
BECKER Marilina Yolanda
Date: 2024.11.07 08:10:53
ART
Reason: Poder Judicial de
la Provincia de Misiones

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

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO _____ REGISTRO CIVIL DE _____ NUMERO _____
Fecha de inscripción _____ Dia _____ Mes _____ Año _____
TOMO _____ FOLIO _____ ACTA _____

CERTIFICO que Don/ña DE OLIVEIRA MARCO Varón Mujer
D.N.I. / L.C. / C.I. 28.002.957 Domiciliado/a en calle RUTA 2 KM 19 COLONIA PARAISO Nº _____
Localidad EL SOBERBIO Provincia MISIONES de 43 Años de edad, Nacido el 08 de ENERO de 1981
en MISIONES Estado Civil (1) ----- Nacionalidad ARGENTINO Profesión u ocupación -----
Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Dia 04 de Noviembre de 2024 a las 23:25 horas en MISIONES
¿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 CERVICAL GRAVISIMO POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO b)
Lugar donde ocurrió el hecho: EL SOBERBIO - MISIONES
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido MARILINA BECKER Matricula Profesional Nº MO5010
Domicilio Profesional: Calle AVENIDA LEANDRO N ALEM Nº 3417 Dto. ----- Piso 3
Localidad POSADAS Teléfonos -----
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: MORGUE JUDICIAL DE POSDAS
Fecha: 06 de NOVIEMBRE 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 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	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 TOMO	5 FOLIO	6 ACTA
---------------------------------	--------------------------------------	--------	---------------	----------------	---------------

1 Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
-------------------------------	-----	-----	-----

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? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/>	6 Lo atendió el médico que suscribe? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica. II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	a) TRAUMATISMO CERVICAL GRAVISIMO POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) No Usar <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
--	---	---

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? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	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 DE OLIVEIRA	Nombre/s MARCO	D.N.I. Nº 28.002.957
----------------------------------	--------------------------	--------------------------------

10 Fecha de la defunción	11 Fecha de nacimiento
---------------------------------	-------------------------------

Día Mes Año Día Mes Año

0, 4 | 1, 1 | 2, 0, 2, 4 08 DE ENERO DE 1981

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

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

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

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

Años 43	Meses	Días	Horas	Minutos
------------	-------	------	-------	---------

14 Ocurrió en...

* Establecimiento de salud público 1 <input type="checkbox"/> * Establecimiento privado, obra social, etc. 2 <input type="checkbox"/> * Vivienda (domicilio) particular 3 <input checked="" type="checkbox"/> * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 <input type="checkbox"/>	Pasará a Preg. 15	Nombre del establecimiento: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
--	--------------------------	--

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: _____

Localidad/Paraje EL SOBERBIO Departamento o Partido GUARANI

Provincia MISIONES

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: RUTA 2 KM 19 COLONIA PARAISO

Localidad/Paraje EL SOBERBIO Departamento o Partido GUARANI

Provincia (o país para extranjeros) MISIONES País _____

17 Pertenecía 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 ESTADÍSTICAS VITALES

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS 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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S.E. No reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- Primario 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> -- Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> -- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> -- Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/>
---	--

19. Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o estaba de licencia 1
- No trabajaba 2
 - Buscaba trabajo
 - 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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S.E. No reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- Primario 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> -- Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> -- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> -- Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 16 <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

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

PADRE

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

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S.E. No reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- Primario 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> -- Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> -- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> -- Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/>
---	--

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

PADRE / MADRE

25. Cuál era su situación laboral?

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

<p>27. Cuál fue el peso del niño al nacer? • gramos <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>29. Nació de un embarazo...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simple 1 <input type="checkbox"/> → ir a pregunta siguiente • Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que <input style="width: 20px;" type="text"/> niños vivos, y produjo: <input style="width: 20px;" type="text"/> defunciones fetales <p>32. Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<p>28. Cuál fue su peso al morir? • gramos <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>30. Cuántas semanas completas duró la gestación? • semanas completas <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?</p> <p style="text-align: center;">Día Mes Año</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>33. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? • y cuántas defunciones fetales? <input style="width: 50px;" type="text"/></p>
---	---

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Apellido y nombre <u>BECKER MARILINA</u>	Matrícula Profesional N° <u>M05010</u>	Firma _____
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Profesional: Calle <u>AVENIDA LEANDRO N ALEM</u> N° <u>3417</u>	Localidad: <u>POSADAS</u>	Teléfono: _____ Sello _____

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

DE OLIVEIRA

Marco

ACTA Nº 8.T.I. En Monteagudo Dpto. de Guaraní

Provincia de Misiones, a nueve de Febrero de 1981 Ante mí O.E.I.

CIAL PÚBLICO AUTORIZADO

Delegado, don Jurandir Eleuterio DE OLIVEIRA

C.I. Nº 92.322.753 Domiciliado Monteagudo Misiones

DECLARA: Que el día ocho mes Enero año mil

novecientos ochenta y uno hora once lugar Monteagudo Mnes

NACIO una criatura del sexo Masculino constatada por Testigos

recibió el nombre de Marco

APELLIDO DE OLIVEIRA su padre Jurandir Eleuterio DE OLI

VEIRA Brasileño C.I. Nº 92.322.753 su madre

C.I. Nº M.L.

Libr. Sanitaria Nº Ficha identificatoria Nº 28.002.957

Leída esta acta, la firman conmigo el declarante y los testigos Don Pedro Benitez LE 7.586.605 y Pedro Florindo D.N.I. 10.597.244 hábiles.

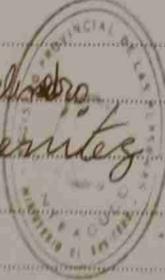
x Jurandir Eleuterio Oliveira

x Pedro Benitez

x [Signature]

Leonardo Vincenti

LEONARDO VINCENTI
D.E.P.
Monteagudo (Mnes)



POSADAS, 10 de diciembre de 2024.-

**SEÑOR/A SECRETARIO/A
JUZGADO CORRECCIONAL Y
DE MENORES N° 1
DE LA 2° CIRCUNSC. JUDICIAL
OBERA - MISIONES**
S / D

Nota N° 2204 / 2024.-

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a Vuestro **Oficio N° 26946350/2024**, librado en autos caratulados "**EXPTE. N° 150372/2024**". A tal efecto, previo a dar cumplimiento a lo ordenado le solicitamos se sirva aclarar a este Registro mediante providencia ampliatoria el correcto nombre y apellido de la persona cuya defunción pretende inscribir; toda vez que en vuestro instrumento consta como identificación de la misma "**DE OLIVERA MARCOS**", y de acuerdo las bases de datos de este Registro, fue identificado como "**DE OLIVEIRA MARCO**", no pudiendo registrar la manda con datos que no se corresponden al ciudadano.-

Sin otro particular, saludo a usted

atentamente.-

CASTILLO
Viviana
Cristina
Raquel

Firmado digitalmente por
CASTILLO Viviana Cristina Raquel
Nombre de reconocimiento (DN):
serialNumber=CUIL 27178144028,
c=AR, cn=CASTILLO Viviana
Cristina Raquel
Fecha: 2024.12.11 06:53:13 -03'00'



JUZGADO CORRECCIONAL Y DE MENORES N° UNO
2º CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DE MISIONES
Bolivia N° 487 - Oberá, Mnes - CP 3360
juzgadocorreccional1.obera@jurmisiones.gov.ar

OFICIO N° 27597148.

Oberá, Misiones, 09 de Enero de 2025.-

A LA DIRECTORA GENERAL
DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
PAULA ECHEVERRIA
S/DESPACHO.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., por disposición de S.Sa., en la causa caratulada: "Expte. N° 150372/2024", que se tramita por ante este Juzgado Correccional y de Menores N°1 de la Segunda Circunscripción Judicial, Secretaría N° Dos; en respuesta a vuestra Nota N° 2204/2024 con el objeto de ACLARAR los datos de identificación correctos de quien en vida fuera **DE OLIVEIRA MARCO - DNI N° 28.002.957**, a fin de llevarse a cabo la correspondiente inscripción de fallecimiento. Adjuntando al presente copia de Certificado de Defunción.

Sin otro particular saludo a Ud., con atenta y distinguida consideración.-

RAM

Digitally signed by ROA Aidana Micaela
Date: 2025.01.10 07:50:17 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnología
Informática