



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 2
SECRETARÍA 1, IV CIRCUNSCRIPCIÓN
JUDICIAL
ESTADOS UNIDOS 663 Y 665
JARDIN AMERICA, MISIONES



Jardín América, Misiones, 23 de Diciembre de 2024.-
OFICIO-FPR-ID: 27534531.-

**AL SR. JEFE DEL
REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
DELEGACION PUERTO RICO- MISIONES.**

S-----/-----D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., por disposición de S.S., en **Expte.Nº 98144/2023**, caratulada: "**JEFE CRIA. GRAL URQUIZA UR-IX S/ ELEVA SRIO.Nº05/23-HALLAZGO CADAVER(VICTIMA: J. POTT)**" que se instruye por ante este Juzgado de Instrucción Nº 2 de la IV C.J., sito en calle Estados Unidos 663/665 de Jardín América, Mnes., correo electrónico institucional: juzgadoinstruccion2.jardinamerica@ jusmisiones.gov.ar, Teléfono: (03743) 461719, a cargo de S.S. Dr. ROBERTO ANTONIO SENA, SECRETARÍA 1 a mi cargo, llevando a su conocimiento que deberá dar cumplimiento a lo dispuesto en autos que transcrito en su parte pertinente, dice: "*Jardín América, Misiones, 23 de diciembre de 2024. AUTOS Y VISTOS... Y CONSIDERANDO... RESUELVO: I.* Autorizar la inscripción de defunción de quien en vida fuera **Julio Pott**, de nacionalidad brasileña, fecha de nacimiento 06-05-1995, en la ciudad de Foz de Iguazú/PR, cédula de identidad Nº 13.587.213-SSP/PR y CPF Nº 012.461.689-52; hallado sin vida el 06 de julio de 2023 en el Rio Paraná, kilometro 1688- Puerto Chavez, Colonia Gisela, Localidad de General Urquiza, Misiones; cuya identificación de cadáver consta en expediente bajo ID.Nº21806218.-**II.** REMITIR al Registro Provincial de las Personas de la Provincia de Misiones el CERTIFICADO DE DEFUNCION, el INFORME DE ESTADISTICAS VITALES; Ficha de Identificación de Persona del fallecido: CI Nº 13587213; a fin de llevar a cabo la inscripción ordenada en el punto

anterior. **III-** PROTOCOLÍCESE. NOTIFIQUESE. COMUNÍQUESE. INSÉRTESE COPIA EN AUTOS.- Fdo. DR. ROBERTO ANTONIO SENA, JUEZ DE INSTRUCCIÓN PENAL, DR. HECTOR ANIBAL MEDINA, SECRETARIO".-

En cumplimiento de lo dispuesto, solicito que, una vez diligenciado se remita el Acta de Inscripción de Defunción a este Juzgado con la mayor celeridad posible, a fin de dar cumplimiento con lo solicitado por el Consulado de Brasil.-

Sin otro particular, saludo a Ud., muy atentamente.-

Digitally signed by MEDINA Hector Anibal
Date: 2024.12.23 19:18:44 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia
Informatica

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción Día Mes Año

DEPARTAMENTO REGISTRO CIVIL DE NUMERO TOMO FOLIO ACTA

CERTIFICO que Don/ña NN-Masculino Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. 11.111.111 Domiciliado/a en calle N°

Localidad Provincia de XX Años de edad, Nacido el 11 de 11 de 11

en XXXXX Estado Civil (1) Nacionalidad XXXXX Profesión u ocupación

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 06 de 07 de 2023 a las 17.10 horas en: km1688 Parana

¿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) Asfixia por Sumersion b)

Lugar donde ocurrió el hecho: Km 1688-rioParana

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Milton Dario Acosta Matrícula Profesional N° MPM00921

Domicilio Profesional: Calle Rebollo N° 1488 Dto. Piso

Localidad Pdas-Mnes Teléfonos

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Morgue Judicial

Fecha: 07 de 07 de 2023 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

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 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								INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE											
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.		a) Asfixia por Sumersion																	
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)																	
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.		c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)						No Usar											
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)		a) Indicar si fue por:		* Accidente 1 <input type="checkbox"/>		* Suicidio 2 <input type="checkbox"/>		* Homicidio 3 <input type="checkbox"/>		* Se ignora 9 <input type="checkbox"/>									
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 <input type="checkbox"/>		Parto 2 <input type="checkbox"/>		Puerperio 3 <input type="checkbox"/>													

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s		Nombre/s		D.N.I. N°									
N-N Masculino		-----		11.111.111									
10 Fecha de la defunción		Día		Mes		Año		11 Fecha de nacimiento					
		0, 6		0, 7		2, 0, 2, 4		11-11-11					
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)		Años		Meses		Días		13 Sexo					
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años		XX						Masculino		1 <input checked="" type="checkbox"/>			
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días								Femenino		2 <input type="checkbox"/>			
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		Horas		Minutos				Indeterminado		3 <input type="checkbox"/>			
14 Ocurrió en...		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del establecimiento:			
* Establecimiento de salud público										km 1688-Rio Parana		No Usar	
* Establecimiento privado, obra social, etc.													
* Vivienda (domicilio) particular													
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)													
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.:		km1688-Rio Parana											
Localidad/Paraje		Gral Urquiza		Departamento o Partido		San Ignacio							
		No Usar		Provincia		Misiones							
16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.:		XXXXXX											
Localidad/Paraje		XXXXXX		Departamento o Partido		XXXXXX		Pais					
				Provincia (o pais para extranjeros)		XXXXXX							
17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)		* Obra Social 1 <input type="checkbox"/>		* Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/>		* Ambos 3 <input type="checkbox"/>		* Ninguno 4 <input type="checkbox"/>					

Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS 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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S. E. No reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Primario</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	-- Primario	Incompleto	Completo		02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> S. E. Reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo		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"/>
-- Primario	Incompleto	Completo																				
	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>																				
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>																				
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo																				
	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

Buscaba trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>

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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S. E. No reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Primario</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	-- Primario	Incompleto	Completo		02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> S. E. Reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo		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"/>
-- Primario	Incompleto	Completo																				
	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>																				
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>																				
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo																				
	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

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 <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Primario</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	-- Primario	Incompleto	Completo		02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> S. E. Reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo		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"/>
-- Primario	Incompleto	Completo																				
	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>																				
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>																				
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo																				
	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

25. Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1
- No trabaja

Busca trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>

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 Apellido y nombre Acosta Milton Dario

Otro 2 Domicilio Profesional: Calle Rebollo 1488

Localidad: Pdas Mnes

Matrícula Profesional N° MPM00291

Firma Digitally signed by ACOSTA Milton Dario
Date: 2024.12.23 10:53:37 ART
Poder Judicial de Misiones
Secretaría de Tecnología

Teléfono: _____ Sello _____

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

En la ciudad de Iosadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 17
del mes de febrero de 2025, ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expte.
N° 325-J-25 oficio N° 27534531 de fecha

bajo el n° 23184 F° 303

en Expte N° 98144/2023 Jef. C.R. G.P.S.

Unidad IX S/ERVA SRON° 05/23-H/10360
Causa (Victimas: J. P. P.)

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo; Libro n° 01. Folio 100 Año 2024

Trámite

VIVIANA C.R. CASTILLO
Jefa Dpto. Despacho
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
2	365	2025

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
 República Argentina, a Veinte de Febrero
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de POTT Julio
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: BRASIL
 estado N/D
 profesión _____ Doc. Ident CI: 13587213
 Domicilio _____
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Foz de Iguazú/PR el 06 de Mayo de 1995
 Ocurrida en: Río Paraná . Km 1688 - Puerto Chavez - Colonia Gisela - General Urquiza - Misiones -
 El 06 de Julio de 2023 , a las se ignora horas
 Causa de la Defunción: Asfixia Por Sumersión
 Certificado Médico: MEDICO MILTON DARIO ACOSTA
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: _____ Doc. Ident: _____
 Domicilio: _____
 Obra en Virtud de OFICIO-FPR-ID:27534531.EXPTE.N° 98144/2023 de fecha 23 de Diciembre de 2024.Venido del Juzgado de Instrucción N° 2,Secretaría N° 1 de la Cuarta Circunscripción Judicial de Jardín América - Misiones.Art.70 de la Ley 26413.Fdo.Dr. Roberto Antonio SENA,Juez.Fdo.Dr. Hector Anibal MEDINA, Seretario. Ref.Expte 325 - J - 2025 R.P.P.



Rodriguez Juan Carlos
RODRIGUEZ JUAN CARLOS
 Delegado Titular
 Registro Provincial de las Personas