

OFICIO N°

OBERA MISIONES, 28 Abril de 2025.

**SEÑORA DIRECTORA DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS
DE LA PROVINCIA DE MISIONES.**

S / D:

Por disposición de S.S., en los Autos Caratulados: **“EXPTE. N° 11305/2024, VIERA SAUL ALEJANDO S/ Inscripción de Defunción – SEC. 1”**, que se tramita por ante el Juzgado de FAMILIA N° 1, a cargo del Dr. JOSE GABRIEL MOREIRA, Secretaria N° 1, a cargo del Dr. Robledo Jorge Alberto, de la 2da. Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones – sita en Edificio Tribunales, Salto Bielakowich y Salto Zinas, Oberá, Misiones, me dirijo a Ud. solicitando la inscripción de la sentencia recaída en autos que en su parte pertinente DICE: **“///Oberá, Misiones, 17 de Abril de 2025. AUTOS Y VISTOS: “EXPTE. 113105/2024 VIERA SALUD ALEJANDRO S/ INSCRIPCION DE DEFUNCION” RESULTANDO... Y CONSIDERADO:...RESUELVO: 1) Ordenar la inscripción de defunción fuera de término de la Sra. Claudia Viera DNI: 34.894.305 ocurrido el 20 de Mayo de 2022 en Paraje El Progreso, Colonia Aurora, Misiones, conforme considerandos expuestos. 2) A los fines de la debida toma de razón, firme la presente resolución librese oficio a la Dirección del Registro de las Personas, con transcripción de la parte dispositiva del presente auto, haciéndose constar en el mismo las exigencias del Art. 68 del Dec. Ley II – N° 3 del D.J.M. FDO. Dr. José Gabriel Moreira, Juez de Familia. -**

Registrado en AUTOS INTERLOCUTORIOS N° 13 - LIBRO N° 1 - FS 23/24,
secretaria UNO, Firmado Juez Dr. José Gabriel Moreira, secretario Dr. Jorge
Alberto Robledo, en Oberá, Misiones, 18 de Marzo de 2025.-----

Lo transcrito precedentemente es copia fiel de su original obrante a fs. / , en
los autos caratulados: "113105/2024 VIERA SAUL ALEJANDRO S/ Inscripción
de Defunción SEC. 1", que se tramita ante el Juzgado de Familia N° 1. –

Por mandato Judicial se extiende el presente oficio, en la Ciudad de Oberá,
Misiones, a los días del mes de De 2025. –

Se adjunta Certificado de Defunción de la Sra. Claudia Viera. -

Sin otro particular, saludo a Ud. Atentamente. -

Digitally signed by GARCIA Laura Carolina
Date: 2025.05.04 22:07:13 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia
Informatica

Registrado en AUTOS INTERLOCUTORIOS N° 13 - LIBRO N° 1 - FS 23/24,
secretaria UNO, Firmado Juez Dr. José Gabriel Moreira, secretario Dr. Jorge
Alberto Robledo, en Oberá, Misiones, 18 de Marzo de 2025.-----

Lo transcrito precedentemente es copia fiel de su original obrante a fs. / , en
los autos caratulados: "113105/2024 VIERA SAUL ALEJANDRO S/ Inscripción
de Defunción SEC. 1", que se tramita ante el Juzgado de Familia N° 1. –

Por mandato Judicial se extiende el presente oficio, en la Ciudad de Oberá,
Misiones, a los días del mes de De 2025. –

Se adjunta Certificado de Defunción de la Sra. Claudia Viera. -

Sin otro particular, saludo a Ud. Atentamente. -

Digitally signed by GARCIA Laura Carolina
Date: 2025.05.04 22:07:13 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia
Informatica

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17822)

FOLIO 01

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? SI 1 NO 2 → Pasar a Preg. 7

6 Lo atendió el médico que suscribe? SI 1 NO 2

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

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

a) Por (enfermedad)

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.

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

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 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

* 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 Varela Nombre D.N.I. N° 2489430

10 Fecha de la defunción: Día Mes Año 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

* 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 2 Establecimiento privado, obra social, etc. 3 Vivienda (domicilio) particular 4 Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)

Nombre del establecimiento:

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

Localidad/Paraje Departamento o Partido

Provincia

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

Localidad/Paraje Departamento o Partido

Provincia (o país para extranjeros) País

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

Continúa en dorso

DATOS DEL FALLECIDO

16. 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"/>
- Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>		- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

19. Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• 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

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 <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"/>
- Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <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)

• 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"/>
- Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <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 <input type="checkbox"/>
• 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 <input type="checkbox"/> → ir a preguntas siguientes	30. Cuántas semanas completas duró la gestación? <input type="text"/> semanas completas	31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?						
• Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → al que produjo: <input type="text"/> niños vivos, y <input type="text"/> defunciones fetales		<table border="0"> <tr> <td> Día</td> <td> Mes</td> <td> Año</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

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 Francisco de la Cruz Matricula Profesional N° 64421 Firma [Firma]

Otro 2 Domicilio [Domicilio] Profesional: Calle [Calle] N° [N°] Localidad: [Localidad]



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
 TOMO FOLIO "ACTA"

REGISTRO CIVIL DE NUMERO

que Dow/ña Vicco Queiro Varón Mujer
 D.N.I. / C.C. / C.I. 3404201 Domiciliado/a en calle Programa Oliva N°
 Localidad 21 de May Provincia Mis de 38 Años de edad, Nacido el 29 de Julio de 1981
 en Mis Estado Civil (1) Soltero Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación Artesano

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 20 de Mayo de 2002 a las 14:30 horas en: Ases
 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Sí No Lo atendió el médico que suscribe Si No

o lesión que le produjo la muerte?
 Causa de la defunción a) Roma Gorda Biquista b) gubh
 Lugar donde ocurrió el hecho: Vic. P. de San de Tumbaco

PROFESIONAL CERTIFICANTE
 Nombre y Apellido Fernando J. Cap Matrícula Profesional N° 04781
 Domicilio Profesional: Calle San José N° 5 Dto. Piso
 Localidad 21 de May Teléfonos 239304

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
 Lugar: 13 de Mayo, Oliva
 Fecha: 20 de Mayo de 2002
 Dr. Esmeralda J. J. Enriquez
 M.P. 1291
 Médico Cirujano
 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

111

5

CERTIFICO: Que la presente es FOTOCOPIA

auténtica de su original que tengo a la vista y Doy Fe. -

(Col. Aurora, Mnes.) 23 de Mayo de 20 22 -

ACT. N° 185/2022

CONSTA DE (12) FOJAS.



[Handwritten signature]
SR. WEYREUTER CARLOS GABRIEL
JÓEZ DE PAZ SUPLENTE
VILLA BONITA - MISIONES

En la ciudad de Ocaña, capital de la provincia de Ocaña, a los 05
del mes de mayo de 2025, en el Dpto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expte.
Nº 1219-J-25 S/N d. fecha.....

248096 Fº 74

Expte N° 11308/2024 Viena SAUL ALEJANDRO

S/ Inscripción de defunción.....

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo; libro n° 05 Folio 38 Año 2025

Trámite.....

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



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
6	1019	2025

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
 República Argentina, a Dieciseis de Mayo
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de VIERA Claudia
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 34894305
 Domicilio Colonia Aurora - Misiones
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Provincia De Misiones el 29 de Julio de 1988
 Ocurrida en: Colonia Aurora - Misiones
 El 20 de Mayo de 2022, a las 14:48 horas
 Causa de la Defunción: Paro Cardio Respiratorio
 Certificado Médico: EXPTE.N° 1219 - J - 2025 R.P.P.
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: _____ Doc. Ident: _____
 Domicilio: _____
 Obra en Virtud de EXPTE.N° 11305/2024 de fecha 28 de Abril de 2025. Venido del Juzgado de Familia N° 1, Secretaria N° 1 de la Segunda Circunscripción Judicial de Oberá - Misiones. Fdo. Dr. José Gabriel MOREIRA, Juez De Familia. Fdo. Dr. Jorge Alberto ROBLEDO, Secretario. Ref. Expte. N° 1219 - J - 2025 R.P.P.



[Handwritten Signature]
RODRIGUEZ JOAN CARLOS
 Delegado Titular
 Registro Provincial de las Personas

POSADAS, 19 de mayo de 2025.-

**REFERENCIA: EXPEDIENTE 11305/2024 VIERA SAUL
ALEJANDO S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN
JUZGADO INTERVINIENTE
S/D.-**

Tengo el Honor de Dirigirme a V.S. a los
fines de remitir Acta cumplimentada.-

Dios guarde a V.S.-

Firmado digitalmente por:
ESCHOYEZ Mariela Vanesa
Fecha y hora: 19.05.2025 09:33:51