PODER JUDICIAL
PROVINCIA DE MISIONES

PODER JUDICIAL

OFICIO Nº 29227331 / 2025

Puerto Iguazú, Misiones, 05 de Junio de 2025.-

Al Señor/a Encargado/a

Registro de las Personas - Delegación Eldorado

Tercera Circunscripción Judicial - Eldorado

Eldorado - Misiones.-

Me dirijo a Ud., en los Autos caratulados: ***"EXPTE Nº 78538/2024 COMISARÍA DE PUERTO LIBERTAD UR-V S/ SOLICITA AUTOPSIA -ARMOA VIRGILIO-",*** que se tramita por este Juzgado de Instrucción Nº 3, a cargo del **Dr. Martín Luis BRITES**, Secretaria Nº 2, a mi cargo, sito en la Av. Guaraní Nº 122, de esta Ciudad de Puerto Iguazú, Mnes., con el objeto de informar que DEBERÁ **INSCRIBIR EL FALLECIMIENTO** de quien en vida fuera **ARMOA Virgilio - DNI Nº 92.266.965** *(Argentino, 70 años de edad al momento de su deceso, nacido el 05/12/1953),* cuyo deceso habría ocurrido el día 13 de Junio de 2024, en el Hospital SAMIC de Eldorado, adjuntando al presente el Certificado de Defunción del occiso.-

Asimismo, informo que se ha **AUTORIZADO** la **INHUMACIÓN** de la referida victima fatal (ARMOA Virgilio (; y la consecuente expedición de la **LICENCIA DE INHUMACIÓN** respectiva (Ley Nº 26.413, Art. 70, 67 y concordantes - Disposición Nº 1660/2020, ANEXO I, del Registro de las Personas Misiones (.-

Finalmente, pongo en vuestro conocimiento, que una vez inscripto el fallecimiento supra referido, que deberá proceda a remitir a este Juzgado el **Acta de Defunción** referido, a los fines de acreditar legalmente la muerte del fallecido.-

Como recaudo legal a continuación se transcribe la Resolución Judicial que ordena el libramiento del presente, la que en su parte pertinente dice*: "**PUERTO IGUAZÚ, MISIONES; 05 de Junio de 2025.-AUTOS Y VISTOS**:...**Y CONSIDERANDO**;...**RESUELVO**: **I) ORDENAR** la **INSCRIPCIÓN JUDICIAL del FALLECIMIENTO** de quien en vida fuera **ARMOA Virgilio - DNI Nº 92.266.965** (Argentino, 70 años de edad al momento de su deceso, nacido el 05/12/1953) a fin de que se tenga legalmente incorporado su fallecimiento a la base del Registro de las Personas de esta Provincia. A tales fines **OFICIESE** a la Delegación que por jurisdicción corresponda.- **II) AUTORIZAR** a la **INHUMACIÓN** de la victima fatal **ARMOA Virgilio**, y la consecuente expedición de la **LICENCIA DE INHUMACIÓN** respectiva (Ley Nº 26.413, Art. 70, 67 y concordantes - Disposición Nº 1660/2020, ANEXO I, del Registro de las Personas Misiones).- **III) NOTIFICAR** al imputado **GONZALEZ Riquelme Francisco** (detenido) la causa legal de la muerte acorde al certificado de defunción obrante en autos, **haciéndole saber que en el término de VEINTICUATRO (24) HORAS de notificada la presente, tiene derecho de formular las objeciones que estime corresponder**.- **IV) REGISTRESE.***

PROTOCOLÍCESE. NOTIFÍQUESE. Y OFÍCIESE. REGISTRADO *en el Sistema de Gestión de Expedientes Digital (SIGED) Bajo el Orden de Identificación I.D. Nº* ***29227264***. ***CONSTE***.- *Secretaría Nº 2;* ***05 de Junio de 2025***.- *Fdo. Dr. BRITES Martín Luis - Juez de Instrucción Nº 3; Ante Mí, Dra. NASCIMENTO Bárbara Lumila, Secretaria. Que Doy Fé".-*

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

Digitally signed by NASCIMENTO Barbara Lumila
Date: 2025.06.05 11:50:29 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia Informatica

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO: ... REGISTRO CIVIL DE: ... NUMERO: ... Fecha de inscripción: Día ... Mes ... Año ... TOMO ... FOLIO ... ACTA ...

Apellido y Nombre: Amoa Virgilio Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Documento: 92266965 Domicilio: S/N Pje Nuevo Libertad
Localidad: Eld Provincia: Misiones de 70 Años de edad, Nacido el 5 de diciembre de 1953
Estado Conyugal: ... Nacionalidad: Arg Profesión u ocupación: ...
Muerte Violenta ☐ El Día: 13 de junio de 2024 a las 11 Horas en: Htal SAMIC
Si 1 ☒ Lo atendió el médico que suscribe Si 1 ☒
No 2 ☐ No 2 ☐
Causa de la defunción: a) Sepsis b) TEC grave
Lugar donde ocurrió el hecho: Htal SAMIC Eld
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido: Melgarejo, Barbara B. Matrícula Profesional N°: MP 4694
Domicilio Profesional: Calle: Campus Nº: ... Piso: ...
Localidad: Eld Teléfonos: ...
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION
Lugar: Htal SAMIC Eld
Fecha: 13 de junio de 2024
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

(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 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 DEFUNCION (Solo 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 DEFUNCION

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente: a) Sepsis
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) IRPB
c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) TEC grave - HAB
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo: No Usar
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) Como 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.

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 54 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: Amoa Nombre/s: Virgilio D.N.I. N°: 92.266.965
10 Fecha de la defunción: Día 13 Mes 06 Año 2024 11 Fecha de nacimiento: 5 de diciembre de 1953
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:
* Establecimiento de salud público 1 ☒
* Establecimiento privado, obra social, etc. 2 ☐ } → Nombre del establecimiento: Htal SAMIC Eld
* Vivienda (domicilio) particular 3 ☐ } Pasar a Preg. 16
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 ☐
No Usar

15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km: Dr. Prieto S/N
Localidad/Paraje: Eld Departamento o Partido: Eld. Provincia: Misiones
No Usar

16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km: S/N S/N Pje Nuevo, Libertad
Localidad/Paraje: Pto Libertad Departamento o Partido: Iguazú
Provincia (o país para extranjeros): Misiones País: Arg.

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 ESTADISTICAS VITALES

Formulario de Entrega Gratuita

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

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO ____ REGISTRO CIVIL DE ____ NUMERO ____ Fecha de inscripción: Día ____ Mes ____ Año ____ TOMO ____ FOLIO ____ ACTA ____

CERTIFICO que Dni/Ci: 92269964 Apellido y Nombre: Amoa Virgilio Varón ☒ Mujer ☐
Domiciliado en calle: S/N S/N Pje Tuero Libertad
Localidad: Pto Libertad Provincia: Misiones de 70 Años de edad, Nacido el 5 de diciembre de 1955
en: ____ Estado Civil (1): ____ Nacionalidad: Arg. Profesión u ocupación: ____
Ha fallecido de: Enfermedad ☒ Muerte Violenta ☐ El Día 13 de junio de 2024 a las 11:20 horas en: Hta SAMIC
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? Si 1 ☒ No 2 ☐ Lo atendió el médico que suscribe Si 1 ☒ No 2 ☐
Causa de la defunción: a) Sepsis b) TEC grave
Lugar donde ocurrió el hecho: Hta SAMIC Eld
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido: Melgarejo, Barbara B. Matrícula Profesional Nº: MP 4694
Domicilio Profesional: Calle: Caraguatá Nº: 9 Piso: ____
Localidad: Eld Teléfono: ____
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION
Lugar: Hta SAMIC Eld
Fecha: 13 de junio de 2024
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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

Para el Registro Civil - Valor Legal

SISTEMA DE ESTADISTICAS 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? 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 muerta directamente.
a) Sepsis
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) IRPB
c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) TEC grave - HAB
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.
No llenar
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, herida por arma de fuego, intoxicación por psicofármacos, 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 está/no relacionada con: Embarazo 1 ☐ Parto 2 ☐ Puerperio 3 ☐

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s: Amoa Nombre/s: Virgilio D.N.I. Nº: 92.269.965
10 Fecha de la defunción: Día 13 Mes 06 Año 2024
11 Fecha de nacimiento: 5 de diciembre de 1955
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: Años 69
* 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: Hta SAMIC Eld
No llenar
15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: Pje Puerto S/N
Localidad/Paraje: Eld Departamento o Partido: Eld
Provincia: Misiones
No llenar
16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: S/N S/N Pje Tuero Libertad
Localidad/Paraje: Pto Libertad Departamento o Partido: Iguazú
Provincia (o país para extranjeros): Misiones País: Arg.
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 ESTADISTICAS VITALES

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 18

del mes de Junio de 2025, ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expte.

N° 1694-J-25 29227331 de fecha

255539 F° 173

Expte N° 78538/2024 Comisaría Puerto

en Libertad. UR.V S/ Solicita Autopsia Armas

Virgilio

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo; Libro n° 06 Folio 140 Año 2025

Trámite

Para

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

Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
7	1360	2025

DEFUNCIÓN

En **Capital - SECC. 1° CENTRO**

República Argentina, a **Veinticuatro** de **Junio**

de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de

ARMOA Virgilio

Sexo: **MASCULINO** Nacionalidad: **PARAGUAY**

estado **N/D**

profesión Doc. Ident **DNI: 92266965**

Domicilio **Puerto Libertad - Misiones**

Hijo de:

y de:

Nacido en **República Del Paraguay** el **05** de **Diciembre** de **1953**

Ocurrida en: **Hospital Samic de Eldorado - Misiones**

El **13** de **Junio** de **2024**, a las **11:30** horas

Causa de la Defunción: **Sepsis - TEC Grave**

Certificado Médico: **MEDICO BARBARA BETTIANA MELGAREJO**

Era cónyuge de:

Declarante: Doc. Ident:

Domicilio:

Obra en Virtud de **OFICIO N° 29227331/2025.EXPTE.N° 78538/2024 de fecha 05 de Junio de 2025.Venido del Juzgado de Instrucción N° 3,Secretaría N° 2 de Puerto Iguazú - Misiones.Fdo.Dr. Martín Luis BRITES,Juez.Fdo.Dra. Bárbara Lumila NASCIMENTO,Secretaria.Ref.Expte.N° 1694 - J - 2025 R.P.P.**

DELEGACIÓN DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS — DEFUNCION DIGITAL

RODRIGUEZ JUAN CARLOS
Delegado Titular
Registro Provincial de las Personas

d8ecc455934bcad2d056998c4925669f