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

Programa Nacional de Estadísticas de Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de inscripción: Día ___ Mes ___ Año ___

DEPARTAMENTO ___ REGISTRO CIVIL DE ___ NUMERO ___ TOMO ___ FOLIO ___ ACTA ___

Apellido y Nombre: Amoa Virgilio — Varón ☑ Mujer ☐

D.N.I.: 92260965 Domiciliado en calle: S/N S/N Pje Nueva Libertad

Localidad: Pto Libertad Provincia: Mnes de 70 Años de edad, Nacido el 5 de diciembre de 1953

[illegible] Estado Civil ___ Nacionalidad: Arg. Profesión u ocupación ___

Ha fallecido de: Enfermedad ☑ Muerte Violenta ☐ El Día 13 de junio de 2024 a las 11:30 horas en Htal 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: Htal SAMIC Eldo

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido: Melgarejo, Barbara B. Matrícula Profesional N°: MP 4694

Domicilio Profesional: Calle: Caraguá Mz 9 N° ___ Dto ___ Piso ___

Localidad: Eldo — Teléfonos ___

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION

Lugar: Htal SAMIC Eldo

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 DEFUNCIÓN (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

		INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
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) IPPB	
	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.		

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 55 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°: 92.260.965

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 ☐
* Vivienda (domicilio) particular 3 ☐ — Pasar a Preg. 16
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 ☐

Nombre del establecimiento: Htal SAMIC Eldo

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

Localidad/Paraje: Eldo — Departamento o Partido: Eldo. — Provincia: Mnes

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km: S/N S/N Pje Nueva Libertad

Localidad/Paraje: Pto Libertad — Departamento o Partido: Iguazú — Provincia (o país para extranjeros): Mnes — 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

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

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

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

CERTIFICO que Don/ña: Amoa Virgilio — Varón [X] Mujer [ ]
D.N.I./L.C./C.I. 92266965 Domiciliado/a en calle S/N S/N Pje Nueva Libertad
Localidad Pto Libertad Provincia Mnes de 70 Años de edad, Nacido el 5 de diciembre de 1953
en ___ Estado Civil (1) ___ Nacionalidad Arg. Profesión u ocupación ___
Ha fallecido de: Enfermedad [X] Muerte Violenta [ ] El Día 13 de junio de 2024 a las 11:30 horas en Htal SAMIC
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? Si 1 [X] No 2 [ ] — Lo atendió el médico que suscribe: Si 1 [X] No 2 [ ]
Causa de la defunción: a) Sepsis b) TEC grave
Lugar donde ocurrió el hecho: Htal SAMIC Eldo

PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido: Melgarejo, Bárbara B. Matrícula Profesional N°: MP 4694
Domicilio Profesional: Calle Corrientes Dto 9 N° ___ Dto. ___ Piso ___
Localidad: Eldo — Teléfonos ___

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION
Lugar: Htal SAMIC Eldo
Fecha: 13 de junio de 2024

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

(A) Para el Registro Civil - Valor Legal

(1) Llenar este item 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 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 — INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

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) IPPB
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

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 55 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 [X] Femenino 2 [ ] Indeterminado 3 [ ]
14. Ocurrió en...
* Establecimiento de salud público 1 [X]
* Establecimiento privado, obra social, etc. 2 [ ] → Nombre del establecimiento: Htal SAMIC Eldo
* Vivienda (domicilio) particular 3 [ ]
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 [ ] } Pasar a Preg. 15
15. Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: Dr. Prieto S/N
Localidad/Paraje: Eld — Departamento o Partido: Eldo — Provincia: Mnes
16. Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: S/N S/N Pje Nueva Libertad
Localidad/Paraje: Pto Libertad — Departamento o Partido: Iguazú — Provincia (o país para extranjeros): Mnes — 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 Julio 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
en Expte N° 78538/2024 Comisaria Puerto Libertad. UR.V s/solicita Autopsia Armoa Virgilio
de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo; Libro n° 06 Folio 140 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
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