

18/07/2025

FORMULARIO ANEXO I REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS ART.85 LEY N° 26.413

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	VIERA ANDREA		
DNI / C.I	34892305	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	RUTA 8 SANTA RITA ALBA POSSE	Tel.Cel	3755635592
En carácter de:	FUNCIONARIA/O DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	13	01	13	2025	SANTA RITA	ARCHIVO/DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION			FECHA DE FALLECIMIENTO 11/06/2025		
Dato/s Correcto/s	DEBIENDO SER EL CORRECTO 11/07/2025					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
---	---	---	---	---	---	---
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION			Haga clic aquí para escribir texto.		
Dato/s Correcto/s	Haga clic aquí para escribir texto.					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
---	---	---	---	---	---	---
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION			Haga clic aquí para escribir texto.		
Dato/s Correcto/s	Haga clic aquí para escribir texto.					

ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

1	CERTIFICADO MEDICO	2	ACTA DE DEFUNCION
3	DNI DEL FALECIDO	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	13	2025

DEFUNCIÓN

En 25 de Mayo - COL. SANTA RITA
 República Argentina, a Catorce de Julio
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de HERTZ NETO JOSÉ
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: BRASIL
 estado N/D
 profesión AGRICULTOR Doc. Ident DNI: 92342727
 Domicilio COLONIA ACARAGUA- ALBA POSSE - VEINTICINCO DE MAYO - MISIONES.
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en BRASIL el 22 de Agosto de 1954
 Ocurrida en: COLONIA ACARAGUA - ALBA POSSE - VEINTICINCO DE MAYO - MISIONES.
 El 11 de Junio de 2025, a las 15:00 horas
 Causa de la Defunción: INFARTO AGUDO - PARO CARDIORESPIRATORIO
 Certificado Médico: MEDICO JOSE DOMINGO ZAPANI
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Matias Alejandro DE LIMA Doc. Ident: 34199400
 Domicilio: 25 DE MAYO - MISIONES.
 Obra en Virtud de SER EL EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE . LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.



VIERA ANDREA
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de
Inscripción
TOMO

Día

Mes

Año

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don/ña Heidy Dato Jose
D.N.I. / L.C.A. 92.392.727 Domiciliado/a en calle del Acropus Varón Mujer
Localidad Alto Pique Provincia Misiones de 30 Años de edad, Nacido el 22 de Aprile de 1954
en Bucal Estado Civil (1) Casado Nacionalidad brasileña Profesión u ocupación Agricultor
Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 11 de Julio de 2025 a las 15:00 horas en: 15:00

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1 No 2 Lo atendió el médico Sí 1 No 2

o lesión que le produjo la muerte? Causa de la defunción a) Infarto Agudo de Miocardio que suscribe b) Por contusión

Lugar donde ocurrió el hecho: del Acropus

PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido José Domingo Zepuri Matricula Profesional N° 1103760
Domicilio Profesional: Calle Av. los Humedales N° 54 Dto. — Piso —
Localidad Santa Rita Teléfonos 03755 68878

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: Santa Rita
Fecha: 11 de Julio de 2025

Dr. JOSE DOMINGO ZAPANI
MEDICO CIRUJANO
M.P. 3760
C.U.I.T. 20-24013507-9
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?	Si 1 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	→ Pasar a Preg. 7	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Si 1 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input 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) <u>Infarto Agudo de Miocardio</u>		
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) <u>Insuficiencia cardíaca hipertensiva</u>		
				c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>Empequeñecimiento de Arterias</u>		
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.				No Usar <input type="text"/>		
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?				* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?		
Si 1 <input type="checkbox"/>				Día Mes Año		
No 2 <input type="checkbox"/>				Continuar		
Se ignora 9 <input type="checkbox"/>				abajo		
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 <u>Hartz Neto</u>		Nombres <u>José</u>		D.N.I. N° <u>92.342.727</u>	
10 Fecha de la defunción			11 Fecha de nacimiento		
Día Mes Año <u>11 07 2025</u>			<u>22 Agosto 1954</u>		
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)				13 Sexo	
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años				Años <u>70</u>	
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días				Meses <input type="text"/> Días <input type="text"/>	
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos				Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	
14 Ocurrió en...				Nombre del establecimiento:	
* 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"/> Pasar a Preg. 15	
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)				4 <input type="checkbox"/>	
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: <u>cal Acarigua</u>					
Localidad/Paraje <u>Alto-porre</u> Departamento o Partido <u>25 de Mayo</u>					
Provincia <u>Misiones</u>					
16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: <u>cal Acarigua</u>					
Localidad/Paraje <u>Alto-porre</u> Departamento o Partido <u>25 de Mayo</u>					
Provincia (o país para extranjeros) <u>Misiones Argentina</u> País					

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 checked="" 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?

Agricultor

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 esta 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

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

Apellido *V...*

Matrícula *...*

ZAPANI

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OFICINAS PUBLICAS Y VIVIENDA

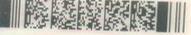
Apellido / Surname: HERTZ NETO
Nombre / Name: JOSE
Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: BRASILENA
Fecha de nacimiento / Date of birth: 22 AGO / AUG 1954
Fecha de expedición / Date of issue: 30 AGO / AUG 2018
Fecha de vencimiento / Date of expiry: 30 AGO / AUG 2033

EXTRANJERO

Documento / Document: 92.342.727

00562134018280

FIRMA IDENTIFICADA / SIGNATURE



Posadas,.....

A LA SEÑORA
DIRECTOR GENERAL
DEL REGISTRO PCIAL
DE LAS PERSONAS
S / D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados "EXPTE 2087-A-25, VIERA ANDREA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE HERTZ NETO JOSE".-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. VIERA Andrea en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 34.892.305 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de HERTZ NETO José D.N.I. N° 92.342.727, (Acta 13-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Colonia Santa Rita-Mnes.) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: "11 de Junio de 2025", debiendo ser: "**11 de Julio de 2025**".-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción, 3) D.N.I. del causante.-

Que del cotejo y análisis de la documental acompañada, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende, salvo mejor criterio, que corresponde hacer lugar a lo solicitado; dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85, ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Es cuanto informo.-.

INFORME N° 369/25
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES


Dra. Mariana ALEJANDRA BENÍTEZ
ABOGADA LEGAL
Mesa, Gestión y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 21 de Julio de 2025.

DISPOSICION N° 1512/25

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 2087-A-25, VIERA ANDREA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCIÓN DE HERTZ NETO JOSE".-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. VIERA Andrea en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 34.892.305 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de HERTZ NETO José D.N.I. N° 92.342.727, (Acta 13-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Colonia Santa Rita-Mnes.) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: "11 de Junio de 2025", debiendo ser: "**11 de Julio de 2025**".-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción, 3) D.N.I. del causante.-

Que se accede por informe N° 369/25 Reg. Departamento Jurídico y Legalizaciones a lo solicitado dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 de la Ley N° 26.413 y normativas concordantes.-

POR ELLO.

LA DIRECTORA GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS

DISPONE:

ARTICULO 1: RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de HERTZ NETO José, (Acta 13-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Colonia Santa Rita-Mnes.) la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: "**11 de Julio de 2025**".-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Colonia Santa Rita-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

ARTICULO 3: REGISTRESE, Comuníquese, cumplido, ARCHIVESE por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA
Paula Brigida
Firmado digitalmente
por ECHEVERRIA Paula
Brigida
Fecha: 2025.07.21
10:16:53 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	13	2025

DEFUNCIÓN

En 25 de Mayo - COL. SANTA RITA
 República Argentina, a Catorce de Julio
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de HERTZ NETO JOSÉ
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: BRASIL
 estado N/D
 profesión AGRICULTOR Doc. Ident DNI: 92342727
 Domicilio COLONIA ACARAGUA- ALBA POSSE - VEINTICINCO DE MAYO - MISIONES.
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en BRASIL el 22 de Agosto de 1954
 Ocurrida en: COLONIA ACARAGUA - ALBA POSSE - VEINTICINCO DE MAYO - MISIONES.
 El 11 de Junio de 2025, a las 15:00 horas
 Causa de la Defunción: INFARTO AGUDO - PARO CARDIORESPIRATORIO
 Certificado Médico: MEDICO JOSE DOMINGO ZAPANI
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Matias Alejandro DE LIMA Doc. Ident: 34199400
 Domicilio: 25 DE MAYO - MISIONES.
 Obra en Virtud de SER EL EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE . LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.

Rectificación

Disposición N° 1512/2025 de fecha 21-07-2025. Expte N° 2087-A-2025. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de HERTZ NETO José, (Acta 13- Tomo 1°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Colonia Santa Rita-Mnes.), la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: "11 de Julio de 2025".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 23-07-2025.



[Handwritten Signature]
ELOISA ARACI SOSA
 Jefa Depto. Inspección
 Registro Provincial de las Personas