

**Tribunal en lo Penal Nº 1 - Segunda
Circunscripción Judicial de
Misiones**



OFICIO N° 30382168

OBERA, MISIONES, 12 de Septiembre de
2025

SEÑORA DELEGADA
DEL REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS
Sra. SILVIA RAQUEL SOSA
S/DESPACHO

El que suscribe, Dr. PANIAGUA Horacio Gabriel, Presidente del Tribunal en lo Penal N° 1, de la Segunda Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, de la Segunda Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito en calle Maipú N° 270, de la ciudad de Oberá, provincia de Misiones (tribunalpenal1.obera@jusmisiones.gov.ar), tiene el agrado de dirigirse a S.S., en los autos caratulados: "**Expte. N° 136494/2023 ALVEZ JOSE S/ HOMICIDIO SUM 131/23 COMISARIA DE EL SOBERBIO**", en atención a lo dispuesto en el art. 70 de la Ley N° 26.413, con el objeto de informarle que la causa de referencia fue iniciada a raíz de un homicidio en el que se produjo la DECESO de CAMARDELLI Lino, titular del D.N.I. N° 14.854529, nacido en El Soberbio Misiones, el día 27 de Junio del año 1957, siendo sus restos inhumados y que a esta etapa no resulta necesaria la realización de práctica alguna sobre los mismos (necropsia, estudios complementarios,

Digitally signed by VILLALBA Gloria
Alejandra
Date: 2025.09.12 08:58:39 ART
Place: Oberá, Provincia de Misiones
Location: Secretaría de Tecnología
Informática

etc.), pudiendo inscribirse la correspondiente defunción.-

Como recaudo legal se transcribe la parte dispositiva que ordena el libramiento del presente oficio: " Oberá, Misiones 12 de Septiembre de 2025.- Advertido que no existen constancias de inscripción del fallecimiento de quien en vida fuera CAMARDELLI Lino D.N.I. Nº14.854.529, Líbrese Oficio al Registro de las Personas a fines de dar cumplimiento con el art. 70 de la ley 26. 413.-Notifíquese.-" FIRMADO: Dr. Horacio Gabriel PANIAGUA, Presidente del Tribunal Penal Nº1,- Dra. G. Alejandra VILLALBA, Secretaria". Se adjunta fotocopia del certificado de Defunción estadístico.-

Saludo a Usted muy atentamente.-

ODL

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO	REGISTRO CIVIL DE	NUMERO	TOMO	FOLIO	ACTA
CERTIFICO que Donña CAMARDELLI LINO D.N.I./L.C. /CJ. 14.854.529 . Domiciliada en calle RUTA 13 KM 03 Localidad El SOBERBIO . Provincia MISIONES . N° .. en MISIONES . Estado Civil(1) Nacionalidad .. Profesión u ocupación .. Ha fallecido de: Enfermedad <input type="checkbox"/> Muerte Violenta <input checked="" type="checkbox"/> El Día 11. de OCTUBRE. de 2023. a las 20. horas en MISIONES. Tuvo actividad médica durante la enfermedad Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/> Lo atendió el médico que suscribió b) o acción que le produjo la muerte? Causa de la defunción a) TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO GRAVISSIMO Lugar donde ocurrió el fallecimiento: OBERA MISIONES PROFESSIONAL CERTIFICANTE Nombre y Apellido CARLOS JOAQUIN HEREDIA . Matrícula Profesional N° 5500 Domicilio Profesional: Calle AV ALEM . N° 3417 Localidad POSADAS . Teléfono 4444650 LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION: Lugar: MORGUE JUDICIAL DE POSADAS Fecha: 12. de OCTUBRE. de 2023 Para el Registro Civil - A					
Varón <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Edad: 66 Años de edad. Nacido el 27. de JUNIO. de 1957.. Profesión u ocupación .. Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/> Localidad Posadas Dr. HEREDIA Carlos Joaquin Matrícula Profesional N° 5500 Fecha: 2023-10-13 12.00 M.R.P. del Municipio Localidad Posadas Misiones					

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

Recibido por SIEED, hoy
17 de Octubre de 2023. Conste -

Dra. Valeria del Mar Rojas
SECRETARIA
JUZGADO DE INSTRUCCION N°3
5ta Circunscripción - Poder Judicial
San Vicente - Misiones



ESTADÍSTICAS VITALES
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

2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	1 Fecha de Inscripción	2 TOMO	3 DIA	4 MES	5 AÑO
--------------------------	-------------------------------	--------	------------------------	--------	-------	-------	-------

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 la condujo a la muerte?	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Pasar a Preg. 7	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/>
INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE				
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN	<p>a) <i>Hemorragia cerebral fulminante</i></p> <p>b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <i>Insuficiencia respiratoria</i></p> <p>c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <i></i></p>			
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosas que la produjeron.	<p>No se aplica</p>			

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)	* 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 psicótropico, 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? <i>1/1/85</i>
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/>				

DATOS DEL FALLECIDO		Nombre/s <i>Lino</i>		D.N.I. N° <i>14854520</i>	
Apellido/s <i>CAMARILLI</i>	Apellido/s	Día <i>18</i>	Mes <i>10</i>	Año <i>1985</i>	11 Fecha de nacimiento
10 Fecha de la defunción	Día <i>18</i>	Mes <i>10</i>	Año <i>1985</i>	12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	
				Años <i>66</i>	Meses <i></i>
				Días <i></i>	Horas <i></i>
				Minutos <i></i>	
				Sexo	
				Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino 2 <input type="checkbox"/>
				Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	
14 Ocurrió en...	Nombre del establecimiento: <i>SPNMC OBRA SOCIAL</i>				13 Localidad/Paraje <i>Oliven</i>
* Establecimiento de salud público * Establecimiento privado, obra social, etc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Pasar a Preg. 15
* Vivienda (domicilio) particular * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)					
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: <i>San Vicente</i>	Departamento o Partido <i>Oliven</i>				Provincia <i>Misiones</i>
Localidad/Paraje <i>Oliven</i>					
16 Vivió habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: <i>Ruta 13</i>	Departamento o Partido <i>Sobremonte</i>				Provincia (o país para extranjeros) <i>Misiones</i>
Localidad/Paraje <i>El Sobrevalle</i>					
17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)	<input type="checkbox"/> Obra Social 1 <input type="checkbox"/> Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> Ambos 3 <input type="checkbox"/> Ninguno 4				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)

Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>
S.E. No reformado	Incompleto <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/>
– 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"/>

19 Cuál era su situación laboral?

Trabajaba o estaba de licencia	1 <input type="checkbox"/>
No trabajaba	2 <input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	

20 Cuál era su ocupación habitual?

No Usar

S.E. Reformado

– Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/>
– Ciclo EGB 3ro.	11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
– Polimodal	13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>
	15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/>

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)

Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>
S.E. No reformado	Incompleto <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/>
– 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"/>

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

No Usar

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)

Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>
S.E. No reformado	Incompleto <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/>
– 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"/>

25 Cuál era su situación laboral?

Trabajaba o está de licencia	1 <input type="checkbox"/>
No trabaja	2 <input type="checkbox"/>
Busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	

26 Cuál es su ocupación habitual?

No Usar

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

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 _____ niños vivos, y produjo: _____ 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: *J. Villalba Fernando* Matrícula Profesional N° *3644* Firma _____

Otro 2 Domicilio: _____ N° _____

Localidad: *Cher* Teléfono: _____

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

*ESTADO DE MÉXICO
D.F.
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS VITALES
CASA DE MONTEVIDEO, 100
C.P. 10000
MÉXICO, D.F.*

*ESTADO DE MÉXICO
D.F.
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICAS VITALES
CASA DE MONTEVIDEO, 100
C.P. 10000
MÉXICO, D.F.*

En la ciudad de Oberá, Capital de la Provincia de Misiones, a los 14
del mes de Octubre de 2023

y Legalizaciones del Expediente

Nº 2845-1-28 30382168 256452 30

Expte Nº 136494 | 2023 Anexos 5

Homicidio sum 131/23 Comisión
de Asesinato

de cuyo contenido soy fechadora en su oficio 12 49 Año 2023

Trámite

VIVIANA C. R. CASTILLO
Jefa Dpto. Casación
Registro Civil de las Personas



Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
12	2386	2025

DEFUNCIÓN

En **Capital - SECC. 1° CENTRO**
 República Argentina, a **Diecisiete** de **Octubre**
 de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de
CAMARDELLI Lino
 Sexo: **MASCULINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**
 estado **N/D**
 profesión **Ruta 13 Km 03- El Soberbio -Misiones**
 Domicilio
 Hijo de:
 y de:
 Nacido en **Provincia de Misiones** el **27** de **Junio** de **1957**
 Ocurrida en: **Oberá - Misiones**
 El **11** de **Octubre** de **2023**, a las **20:00** horas
 Causa de la Defunción: **Traumatismo Craneo Encefálico Grave**
 Certificado Médico: **MEDICO FERNANDO VILLALBA**
 Era cónyuge de:
 Declarante: Doc. Ident:
 Domicilio:
 Obra en Virtud de OFICIO N° 30382168. EXPTE N° 136494/2023 de fecha 12 de Septiembre
 de 2025. ART 70 de la Ley 26.413. Venido del Tribunal en lo Penal N° 1 - Segunda
 Circunscripción Judicial de Oberá Misiones. Fdo DR Horacio Gabriel PANIAGUA Juez.
 Fdo Dra G. Alejandra VILLALBA Secretaria REF EXPTE N° 2845/2025 R.P.P.



CASADELLA ESTUQUILIA
 Firma digital
 Registro Provincial de las Personas

e64ec084e0775960b9d3e16a5c75547b



**2025 - “Año de la Protección Integral para
Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha
contra el Abuso, la
Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la
Accesibilidad Digital para Personas con
Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los
Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la
Concientización y Promoción de la Funga Misionera”**

POSADAS, 22 de Octubre de 2025

**REFERENCIA: EXPEDIENTE 136494/2023 ALVEZ JOSE S/
HOMICIDIO SUM 131/23 COMISARIA DE EL SOBERBIO
JUZGADO INTERVINIENTE
S/D.-**

Tengo el Honor de Dirigirme a V.S. a los
fines de Expediente cumplimentado.-

Dios guarde a V.S.-

Firmado digitalmente por: GOMEZ
Mikaela Elizabeth
Fecha y hora: 22.10.2025 06:38:38