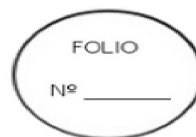




**Juzgado de Instrucción N- 3 - San
Vicente
SECRETARÍA 1**



OFICIO N° 30344087 .-

SAN VICENTE, Mnes.10 de Septiembre de 2025.-

**A LA SRA. JEFA A CARGO
DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
DELEGACIÓN SAN VICENTE - MISIONES
SU DESPACHO:**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., por disposición de S.S., Dr. Ariel Omar Belda Palomar Juez por subrogación legal del Juzgado de Instrucción N° 3, la Quinta Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito sito en la Calle Democracia, Esquina Ricardo Balbín, 1º Piso de la localidad de San Vicente, Mnes, en los autos caratulados: **"EXPTE. N° 134085/2025 SR. JEFE DE LA COMISARIA SECC. PRIMERA SAN VICENTE S/ SOLICITA ORDEN DE AUTOPSIA DE QUIEN EN VIDA FUERA CUÑHA, ROSANA MARISA SUM N° 297/2025 CRIA SECCIONAL PRIMERA SAN VICENTE "**, que se tramita por ante este Juzgado de Instrucción N° 3, Secretaría N° 1, e- mail: juzgadoinstruccion3.sanvicente@jusmisiones.gov.ar, con el objeto de solicitarle, atento a lo determinado por el Art 70 de la Ley 26.413, se inscriba la Defunción de quien en vida fuera **CUÑHA ROSANA MARISA, DNI N°27.744.871**, nacido el día 10/ OCTUBRE/1979 y fecha de defunción 15/07/2022 , conforme a la copia certificada del Informe Estadístico de Defunción expedido por el Dra. LANZÓS SILVIA CAROLINA.-

Como recaudo legal transcribo lo dispuesto en autos que en sus partes, dice: "San Vicente, 10 de Septiembre de 2025.- Oficiése:- Fdo. Dr. Ariel Omar Belda Palomar Juez por subrogación legal del Juzgado de Instrucción N° 3, ante mí secretaria autorizante Secretaria N°1".-

Saludo a Usted muy atentamente.-

CFN

Digitally signed by RENEECK Ruten Omar
Date: 2025.09.29 11:34:10 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnología
Informática

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de Inscripción Día Mes Año

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don/ña CUÑHA ROSANA MARISA Varón ☐ Mujer ☒

D.N.I. / L.C. / C.I. 27.774.871 Domiciliado/a en calle LUIS PASTEUR 116 B° CEFERINO N°

Localidad SAN VICENTE Provincia MISIONES de 45 Años de edad, Nacido el 10 de OCTUBRE de 1.979

en MISIONES Estado Civil (1) Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación

Ha fallecido de: Enfermedad ☐ Muerte Violenta ☒ El Día 04 de Septiembre de 2025 a las 13:40 horas en: San Vicente

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1 ☐ Lo atendió el médico Sí 1 ☐

o lesión que le produjo la muerte? No 2 ☒ que suscribe No 2 ☒

Causa de la defunción a) HEMORRAGIA MASIVA HIPERAGUDA INTRATORÁCICA b) TÓRAX HERIDAS POR PROYECTILES DE ARMA DE FUEGO EN

Lugar donde ocurrió el hecho: LUIS PASTEUR N° 130 SAN VICENTE - MISIONES

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido SILVIA CAROLINA LANZOS Matricula Profesional N° M03889

Domicilio Profesional: Calle AV. L. N. ALEM N° 3417 Dto. Piso

Localidad POSADAS Teléfonos 4446550

Digitally signed by LANZOS Silvia Carolina
Date: 2025.09.04 12:28:55 -04' -
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaría de Tecnología
Informática

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: MORGUE JUDICIAL, POSADAS - MISIONES

Fecha: 05 de SEPTIEMBRE de 2025

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

(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

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?	Sí 1 ☐	No 2 ☒	6	Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 ☐	No 2 ☒
7	CAUSA DE LA DEFUNCIÓN	1) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica. 2) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.					
		a) HEMORRAGIA MASIVA HIPERAGUDA INTRATORÁCICA b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) HERIDAS POR PROYECTILES DE ARMA DE FUEGO EN TÓR c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)				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, 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. CADÁVER HALLADO EN SU DOMICILIO CON DOS ORIFICIOS DE ENTRADA DE PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO c) Lugar donde ocurrió el hecho: LUIS PASTEUR N° 130 SAN VICENTE - MISIONES					
9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS		* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Sí 1 ☐ No 2 ☐ Se ignora 9 ☐		* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año		Continuar abajo	
		La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 ☐ Parto 2 ☐ Puerperio 3 ☐					

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s		Nombre/s		D.N.I. N°	
CUÑHA		ROSANA MARISA		27.774.871	
10 Fecha de la defunción		11 Fecha de nacimiento			
Día Mes Año		Día Mes Año			
0 4 0 9 2 0 2 5		10 DE OCTUBRE DE 1979			
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 * Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días * Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		Años 45 Meses Horas		Masculino 1 ☐ Femenino 2 ☒ Indeterminado 3 ☐	
14 Ocurrió en...		Nombre del establecimiento:			
* Establecimiento de salud público * Establecimiento privado, obra social, etc. * Vivienda (domicilio) particular * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)		1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ Pasar a Preg. 15		No Usar	
15 Domicilio donde se produjo:					
Calle y N° / Ruta y Km.:		LUIS PASTEUR N° 130			
Localidad/Paraje		Departamento o Partido		Pais	
SAN VICENTE		GUARANÍ			
Provincia		MISIONES			
16 Vivía habitualmente en:					
Calle y N° / Ruta y Km.:		LUIS PASTEUR N° 116 B° CEFERINO			
Localidad/Paraje		Departamento o Partido		Pais	
SAN VICENTE		GUARANÍ			
Provincia (o país para extranjeros)		MISIONES			
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

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	☐						
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo			S.E. Reformado	Incompleto	Completo	
-- Primario	02	☐	03	☐	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	☐	12
-- Secundario	04	☐	05	☐	-- Ciclo EGB 3ro.	13	☐	14
					-- Polimodal	15	☐	16
• Superior o universitario	06	☐	07	☐				

19. Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia 1 ☐

• No trabajaba ☐ Buscaba trabajo 2 ☐

☐ No buscaba trabajo 3 ☐

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

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	☐						
• S. E. No reformado	Incompleto	Completo			S. E. Reformado	Incompleto	Completo	
-- Primario	02	☐	03	☐	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	☐	12
-- Secundario	04	☐	05	☐	-- Ciclo EGB 3ro.	13	☐	14
					-- Polimodal	15	☐	16
• Superior o universitario	06	☐	07	☐				

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

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	☐						
• S. E. No reformado	Incompleto	Completo			S. E. Reformado	Incompleto	Completo	
-- Primario	02	☐	03	☐	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	☐	12
-- Secundario	04	☐	05	☐	-- Ciclo EGB 3ro.	13	☐	14
					-- Polimodal	15	☐	16
• Superior o universitario	06	☐	07	☐				

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

25. Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia 1 ☐

• No trabaja ☐ Busca trabajo 2 ☐

☐ 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

Médico 1 ☒ Apellido y nombre LANZÓS SILVIA CAROLINA Matricula Profesional N° M03889 Firma _____

Otro 2 ☐ Domicilio Profesional: Calle AV. L. N. ALEM N° 3417

Localidad: POSADAS Teléfono: 4446550 Sello _____

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES