



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

FOLIO  
Nº \_\_\_\_\_

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](mailto: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.- Ofíciense:- Fdo. Dr. Ariel Omar Belda Palomar Juez por subrogación legal del Juzgado del Instrucción N° 3, ante mí secretaria autorizante Secretaria N°1".-

Saludo a Usted muy atentamente.-

CFN

Digitally signed by REUNECK Ruben Omar  
Date: 2025.09.29 11:34:10 ART  
Name: REUNECK Ruben Omar  
Location: Secretaría de Tecnología  
Institution: Poder Judicial de la Provincia de Misiones

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 Bº 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 Dia 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

HEMORRAGIA MASIVA HIPERAGUDA INTRATORÁCICA

Causa de la defunción a)

b) TÓRAX

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

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido SILVIA CAROLINA LANZOS Matrícula 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: 2025-08-12 20:55 ARZ  
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

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

A

- Para el Registro Civil - Valor Legal

# 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

2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	1 Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
			4 TOMO	FOLIO	ACTA	

### DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

<b>5</b> ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Sí <input type="checkbox"/> 1      No <input checked="" type="checkbox"/> 2 → Pasar a Preg. <b>7</b>	<b>6</b> Lo atendió el médico que suscribe? Sí <input type="checkbox"/> 1      No <input checked="" type="checkbox"/> 2
<b>7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</b>	
I) 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.	
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)	
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	
<b>8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)</b> a) Indicar si fue por: * Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input checked="" 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. <b>CADAVER HALLADO EN SU DOMICILIO CON DOS ORIFICIOS DE ENTRADA DE PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO</b>	
c) Lugar donde ocurrió el hecho: LUIS PASTEUR N° 130 SAN VICENTE - MISIONES	
<b>9</b> PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS	* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Sí <input type="checkbox"/> 1      No <input type="checkbox"/> 2      Se ignora <input type="checkbox"/> 9 } Continuar abajo
* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?      Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>	
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/>	

<b>DATOS DEL FALLECIDO</b>	Apellido/s CUÑHA      Nombre/s ROSANA MARISA      D.N.I. N° 27.774.871
<b>10</b> Fecha de la defunción      Dia <input type="checkbox"/> 0, 4      Mes <input type="checkbox"/> 0, 9      Año <input type="checkbox"/> 2, 0, 2, 5	<b>11</b> Fecha de nacimiento      Dia <input type="checkbox"/> 10      Mes <input type="checkbox"/> DE OCTUBRE      Año <input type="checkbox"/> 1979
<b>12</b> Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) * 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 <input type="checkbox"/> 45      Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/>	
<b>13</b> Sexo Masculino <input type="checkbox"/> 1      Femenino <input checked="" type="checkbox"/> 2      Indeterminado <input type="checkbox"/> 3	
<b>14</b> Ocurrió en... * Establecimiento de salud público * Establecimiento privado, obra social, etc. * Vivienda (domicilio) particular * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)	
1 <input type="checkbox"/> } → Nombre del establecimiento: _____ 2 <input type="checkbox"/> } 3 <input checked="" type="checkbox"/> } Pasar a Preg. <b>15</b> _____ 4 <input type="checkbox"/> }	
<b>15</b> Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: LUIS PASTEUR N° 130	
Localidad/Paraje SAN VICENTE      Departamento o Partido GUARANÍ	Provincia MISIONES
<b>16</b> Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: LUIS PASTEUR N° 116 B° CEFERINO	
Localidad/Paraje SAN VICENTE      Departamento o Partido GUARANÍ	Provincia (o país para extranjeros) MISIONES      País
<b>17</b> Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre) * Obra Social 1 <input type="checkbox"/> * Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> * Ambos 3 <input type="checkbox"/> * Ninguno 4 <input type="checkbox"/>	

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

Continúa al dorso

# 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  
-- Primario 02  03   
-- Secundario 04  05
- Superior o universitario 06  07

- |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| S.E. Reformado              | Incompleto                  | Completo                    |
| -- 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 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  
-- Primario 02  03   
-- Secundario 04  05
- Superior o universitario 06  07

- |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| S. E. Reformado             | Incompleto                  | Completo                    |
| -- 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

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  
-- Primario 02  03   
-- Secundario 04  05
- Superior o universitario 06  07

- |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| S. E. Reformado             | Incompleto                  | Completo                    |
| -- 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 DEFUNCION QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25 Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1
- No trabaja Buscaba 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...

30 Cuántas semanas completas duró la gestación?

31 En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

- Simple 1  ir a pregunta siguiente
- Múltiple 2  el que  niños vivos, y produjo:  defunciones fetales

• semanas completas

• Dia  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

Matrícula

Profesional Nº M03889

Firma \_\_\_\_\_

Otro 2

Domicilio Profesional: Calle AV. L. N. ALEM

Nº 3417

Localidad: POSADAS

Teléfono: 4446550

Sello \_\_\_\_\_

# SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

MADRE

PADRE

PADRE / MADRE