



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"

15/10/2025

FORMULARIO ANEXO I REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS

SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS ART.85 LEY N° 26.413

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	DE OLIVERA ADRIANELA YUDITH		
DNI / C.I	39225927	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	FRACRAN	Tel.Cel	3755634435
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	5	1	5	2025	FRACRAN	ARCHIVO/DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		FECHA DE LA DEFUNCION :06 DE OCTUBRE			
Dato/s Correcto/s	FECHA CORRECTA : ES 03 DE OCTUBRE					

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 ACTA DE DEFUNCION	2 CERTIFICADO DE DEFUNCION Y ESTADISTICO
3 Haga clic aquí para escribir texto.	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

DE OLIVERA ADRIANELA YUDITH
DELEGADA TITULAR
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de
las Personas

5

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	5	2025

DEFUNCIÓN

En **Guarani - FRACRAN**
República Argentina, a **Nueve** de **Octubre**
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de
DA SILVA Ramon Fabian

Sexo: **MASCULINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**
estado **CASADO**
profesión **AGRICULTOR** Doc. Ident DNI: **34735891**
Domicilio **MODESTA RIVERO S/N - FRACRAN**

Hijo de:
y de:
Nacido en **MISIONES** el **01** de **Mayo** de **1989**
Ocurrida en:
El **06** de **Octubre** de **2025**, a las **12:00** horas
Causa de la Defunción: **PARO CARDIORESPIRATORIO-FALLO MULTIORGANICO-CANCER TERMINAL**

Certificado Médico: **MEDICO ANDRESSA DE ROSSO DE MOURA**
Era cónyuge de: **Liliana Gabriela DA CRUZ**
Declarante: **Liliana Gabriela DA CRUZ** Doc. Ident: **37046449**
Domicilio: **MODESTA RIVERO S/N -FRACRAN**
Obra en Virtud de **DE SER LA ESPOSA. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO AL PIE.DISP.**
N° 2093/2025



LILIANA GABRIELA YUDITH
DELEGADA TITULAR
Registro Provincial de las Personas

c63bca4d6544428dd3e864cab83977f3

ESTADÍSTICAS VITALES

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

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de Inscripción Día Mes Año
TOMO FOLIO ACTA

Varón Mujer

Nº

CERTIFICO que Don/ña <u>Doña Rosario Fabress</u>	Domiciliado/a en calle <u>modesta bine</u>	de 36 Años de edad, Nacido el <u>21 de mayo</u> de <u>1983</u>
D.N.I. / L.C. / C.I. <u>34 735 836</u>	Nacionalidad <u>Argentina</u>	Profesión u ocupación <u>trabajadora</u>
Localidad <u>Ezeiza</u>	Provincia <u>Misiones</u>	Nº
en <u>Misiones</u>	Estado Civil (1) <u>casada</u>	Si <u>1</u> <input checked="" type="checkbox"/> No <u>2</u> <input type="checkbox"/>
Ha fallecido de: <u>Enfermedad</u> <input checked="" type="checkbox"/>	Muerte Violenta <input type="checkbox"/>	El Día <u>03</u> de <u>Octubre</u> de <u>2025</u> a las <u>01:00</u> horas en: <u>en su casa</u>
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte?	que suscribe	Si <u>1</u> <input checked="" type="checkbox"/> No <u>2</u> <input type="checkbox"/>
Causa de la defunción a) <u>Por coartación del corazón</u>	b) <u>Fallecio de largos años</u>	
Lugar donde ocurrió el hecho: <u>modesta bine</u>	PROFESIONAL CERTIFICANTE	
Nombre y Apellido <u>Andressa Demoura</u>	Matrícula Profesional Nº <u>M05897</u>	
Domicilio Profesional: Calle <u>Tupro e Anchieta</u>	Nº <u>34555621443</u> Dto. <u>14</u>	Piso
Localidad <u>San Vicente</u>	Teléfonos <u>3455 2643 14</u>	
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:		
Lugar: <u>San Vicente</u>	DE MOURA ANDRESSA	
Fecha: <u>03</u> de <u>Octubre</u> de <u>2025</u>	MEDICO POLICIAL OFICIAL AUDITANTE FIRMA AL REVERSO DEL MEDICO	

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

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

Continuar al dorso
111
54

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

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)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	6 Lo atendió el médico que suscribe?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE									
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN		a) <i>Poco cardíaco y pulmonar</i> b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <i>Fallo multivisceral</i> c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <i>Congestión terminal</i>							
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"/>			
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"/>	* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?			
				Continuar abajo		Día	Mes	Año	
		La muerte estuvo relacionada con:		Embarazo 1 <input type="checkbox"/>	Parto 2 <input type="checkbox"/>	Puerperio 3 <input type="checkbox"/>			
Apellido	Nombre/s	D.N.I. N°							
10 Fecha de la defunción	Dia Mes Año	11 Fecha de nacimiento							
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	Años 36 <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/>	13 Sexo							
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años	Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>								
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días	Femenino 2 <input type="checkbox"/>								
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos	Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>								
14 Ocurrió en...	Nombre del establecimiento: 1 <input type="checkbox"/> } → 2 <input type="checkbox"/> } → 3 <input type="checkbox"/> } Pasar a Preg. 15 4 <input type="checkbox"/>								
15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: Modesto Rivero	No Usar <input type="checkbox"/>								
Localidad/Paraje Encuentro	Departamento o Partido Guanavi								
16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: Modesto Rivero	Provincia Minas								
Localidad/Paraje Encuentro	Departamento o Partido Guanavi								
17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)	Provincia (o país para extranjeros) Minas								
País PR Cuenta									

Continúa al dorso



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 Frontera Misionera"

Posadas,.....

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

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados "EXPTE. 3239-A-25, DE OLIVERA ADRIANELA YUDITH S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE DA SILVA RAMON FABIAN".-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. DE OLIVERA Adrianelia Judith en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 39.225.927 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de DA SILVA Ramon Fabian D.N.I. N° 34.735.891, (Acta 5-Tomo 1º-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Fracran-Mnes.) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: "06 de Octubre de 2025" debiendo ser: "03 de Octubre 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.-

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° 555/25
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dr. Alejandra BENÍTEZ
Jefe de Sección, L.C.G.
Dpto. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 17 de Octubre de 2025.

DISPOSICION N° 2151/25

Y VISTOS: CARATULADOS "EXpte N° 3239-A-25, DE OLIVERA ADRIANELA YUDITH S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE DA SILVA RAMON FABIAN".-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. DE OLIVERA Adrianelia Judith en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 39.225.927 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de DA SILVA Ramon Fabian D.N.I. N° 34.735.891, (Acta 5-Tomo 1º-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Fracran-Mnes.) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: "06 de Octubre de 2025" debiendo ser: "**03 de Octubre 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.-

Que se accede por informe N° 555/25 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 la inscripción de Defunción de **DA SILVA Ramon Fabian**, registrada bajo (Acta N°: 5 - Tomo: 1º- Año: 2025, Delegación R.P.P. de Fracran - Mnes.), la fecha de fallecimiento del causante, siendo lo correcto: "**03 de Octubre de 2025**".

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

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

ECHEVERRIA Firmado digitalmente
Paula Brígida por ECHEVERRIA Paula
Brígida Fecha: 2025.10.17
10:04:47 -03'00'



Registro Provincial de
las Personas

5

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	5	2025

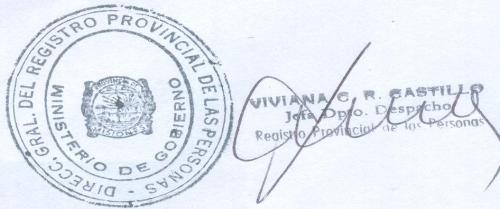
DEFUNCIÓN

En **Guarani - FRACRAN**
República Argentina, a **Nueve** de **Octubre**
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de
DA SILVA Ramon Fabian
Sexo: **MASCULINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**
estado **CASADO**
profesión **AGRICULTOR** Doc. Ident **DNI: 34735891**
Domicilio **MODESTA RIVERO S/N - FRACRAN**
Hijo de:
y de:
Nacido en **MISIONES** el **01** de **Mayo** de **1989**
Ocurrida en: **MODESTA RIVERO S/N**
El **06** de **Octubre** de **2025**, a las **12:00** horas
Causa de la Defunción: **PARO CARDIORESPIRATORIO-FALLO MULTIORGANICO-CANCER TERMINAL**
Certificado Médico: **MEDICO ANDRESSA DE ROSSO DE MOURA**
Era cónyuge de: **Liliana Gabriela DA CRUZ**
Declarante: **Liliana Gabriela DA CRUZ** Doc. Ident: **37046449**
Domicilio: **MODESTA RIVERO S/N -FRACRAN**
Obra en Virtud de **DE SER LA ESPOSA. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO AL PIE.DISP.**
N° 2093/2025

114

Rectificación

Disposición N° 2151/25 de fecha 17-10-2025. Expte N° 3239-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de DA SILVA Ramon Fabian, Registrada bajo (Acta 5- Tomo 1°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Fracran- Mnes.) la fecha de fallecimiento del causante, siendo lo correcto: "03 de Octubre de 2025".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 07-11-2025.



c63bca4d6544428dd3e864cab83977f3