

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/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



DE OLIVERA ADRIANELA YUDITH
DELEGADA TITULAR
Registro Provincial de las Personas

Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

5

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 DEFUNCIÓN 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.LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO AL PIE.DISP.
N° 2093/2025

[Signature]



[Signature]
DELEGADA TITULAR
Registro Provincial de las Personas

c63bca4d6544428dd3e864cab83977f3

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

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Formulario de Entrega Gratuita

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de

Día

Mes

Año

Inscripción

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don/ña Doña Silvia Ramon FabresD.N.I. / L.C. / C.I. 34735891Domiciliado/a en calle modesto hruelVarón ☒Mujer ☐Localidad EncuentProvincia Misionesde 36 Años de edad, Nacido el 01 de may de 1989en Misiones

Estado Civil (1)

Nacionalidad Argentina

Profesión u ocupación

Ha fallecido de:

Enfermedad ☒Muerte Violenta ☐El Día 03 de Octubrede 20025 a las 01:00 horas en: hogar

¿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) Peto cardiovascularb) Falleo multicausal

Lugar donde ocurrió el hecho:

modesto hruel

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Andrés de Ramón de RamónMatrícula Profesional N° 205857Domicilio Profesional: Calle Tupac AmaruN° 3155621443Localidad San Vicente

Dto.

Piso

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: San VicenteFecha: 03 de Octubre de 200 2025

DE MOURA ANDRESSA
MEDICO POLICIAL
OFICIAL AYUDANTE
C.I.A. DE MISIONES
FIRMA DEL MEDICO

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

Para el Registro Civil - Valor Legal

Continúa al dorso

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

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 ☐	No 2 ☐	6	Lo atendió el médico que suscribe?	Si 1 ☐	No 2 ☐
---	--	-------------------------------	-------------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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>Pareo cardiovascular</u>	
	b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>Fallo multisyndrómico</u>	
	Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.	c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>Corazón terminal</u>
II)	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	

8	EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)
	Indicar si fue por: * Accidente 1 ☐ * Suicidio 2 ☐ * Homicidio 3 ☐ * Se ignora 9 ☐

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?	Si 1 ☐	No 2 ☐	Se ignora 9 ☐	* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?	Día	Mes	Año
		La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 ☐ Parto 2 ☐ Puerperio 3 ☐							

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s	Nombre/s	D.N.I. N°
<u>Do S. Luis (Ramos)</u>	<u>Ramon Fabian</u>	<u>34 735.891</u>

10	Fecha de la defunción	Día	Mes	Año	11	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
		<u>03</u>	<u>10</u>	<u>2025</u>			<u>01</u>	<u>05</u>	<u>1989</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>36</u>	Masculino	1 ☒
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días	Meses <u></u> Días <u></u>	Femenino	2 ☐
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos	Horas <u></u> Minutos <u></u>	Indeterminado	3 ☐

14	Ocurrió en...	Nombre del establecimiento:
* Establecimiento de salud público	1 ☐	
* Establecimiento privado, obra social, etc.	2 ☐	
* Vivienda (domicilio) particular	3 ☒	
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)	4 ☐	

15	Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.:	<u>Modesto Riquelme</u>
----	--	-------------------------

Localidad/Paraje	Departamento o Partido	Provincia
<u>Fraucón</u>	<u>Guaraní</u>	<u>Misiones</u>

16	Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.:	<u>Modesto Riquelme</u>
----	--	-------------------------

Localidad/Paraje	Departamento o Partido	Provincia (o país para extranjeros)	País
<u>Fraucón</u>	<u>Guaraní</u>	<u>Misiones</u>	<u>AR</u>

17	Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)
----	--

Continúa al dorso

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. 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 Adrianela Yudith 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 1°-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


Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
ABOGADA LEGAL
Dep. 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 Adrianela Yudith 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 1°-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: 1°- 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
Paula Brigida

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

REPUBLICA ARGENTINA

5

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 DEFUNCIÓN 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 Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 07-11-2025.



VIVIANA C. R. CASTILLO
Jefa Dpto. Despacho
Registro Provincial de las Personas

c63bca4d6544428dd3e864cab83977f3