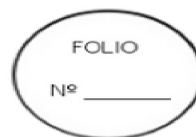




**Juzgado de Instrucción N- 3 - San
Vicente
SECRETARÍA 2**



OFICIO N° 30982556 .-

SAN VICENTE, Mnes.24 de Octubre 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., el señor Juez de Instrucción N° 1, Dr. Ariel Omar Belda Palomar por subrogación 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° 166097/2025 MOURA, JOEL S/ SOLICITA INSCRIPCION DE DEFUNCION DE QUIEN EN VIDA FUERA; MOURA ANTONIO "**, que se tramita por ante este Juzgado de Instrucción N° 3, SECRETARÍA 2, 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 **MOURA ANTONIO, DNI N°18.734.826**, nacido el día 26/03/2022 y fecha de defunción 15/07/2022, a las 10:00 horas, conforme a la copia certificada del Informe Estadístico de Defunción expedido por el Dr. HEREDIA CARLOS JOAQUIN.-

Como recaudo legal transcribo lo dispuesto en autos que en sus partes, dice: "San Vicente, 24 de Octubre de 2025.- Ofíciase:- Fdo. el señor Juez de Instrucción N° 1, Dr. Ariel Omar Belda Palomar por subrogación del , Juzgado de Instrucción N° 3, ante mí secretaria autorizante Secretaria N°2".-

Saludo a Usted muy atentamente.-

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

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de Inscripción TOMO Día Mes Año FOLIO ACTA

CERTIFICO que Don/ña NOVA ANTONIO Varón ☒ Mujer ☐
D.N.I. / L.C. / C.I. 18.734.825 Domiciliado/a en calle Km 18 Ruta 15 N° 15
Localidad El soberbio Provincia Misiones de 18 Años de edad, Nacido el 05 de Octubre de 1947
en Misiones Estado Civil (1) Vivido Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación jubilado
Ha fallecido de: Enfermedad ☐ Muerte Violenta ☐ El Día 21 de Octubre de 2005 a las 13:20 horas en: El Ceibo
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1 ☐ No 2 ☒ Lo atendió el médico Sí 1 ☐ No 2 ☐
o lesión que le produjo la muerte? que suscribe
Causa de la defunción a) Traumatismo craneo encefálico b)
Lugar donde ocurrió el hecho: El Ceibo
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Alvarez Agustina Belén Matrícula Profesional N° 7699
Domicilio Profesional: Calle Chivilcoy s/n Piso 1
Localidad El soberbio Teléfono 0273 4211111
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: Hospital Nivel I El soberbio
Fecha: 21 de Octubre de 2005
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

(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 DEFUNCION

(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 TOMO Día Mes Año FOLIO ACTA
2 Departamento o Partido 3 Delegación o Registro Civil Número 4

DATOS DE LA DEFUNCION (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 DEFUNCION
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) Traumatismo craneo encefálico
b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Accidente en maquinaria
c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) original que tengo a la vista y doy Fé.
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)
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.
Caída de techo, caída el conductor
c) Lugar donde ocurrió el hecho: El Ceibo
9 PARA TODAS LAS MUJERES * Estuvo embarazada en los últimos Si 1 ☐ No 2 ☐ Continuar * Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS 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 ☐
Superior o universitario	06 ☐	07 ☐		-- Polimodal	15 ☐	16 ☐

19. Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1 ☐
• No trabajaba	2 ☐
Buscaba trabajo	3 ☐
No buscaba trabajo	3 ☒

20. Cuál era su ocupación habitual?

jubilado

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 ☐
Superior o universitario	06 ☐	07 ☐		-- Polimodal	15 ☐	16 ☐

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 ☐
Superior o universitario	06 ☐	07 ☐		-- Polimodal	15 ☐	16 ☐

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	2 ☐
Busca trabajo	3 ☐
No busca trabajo	3 ☐

26. Cuál es su ocupación habitual?

original que tengo a la vista y voy a...

Dr. Jorge Antonio Salvi

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 Alvarez Apurina Matricula Profesional N° 7699

Domicilio Chivilcoy

Profesional: Calle Chivilcoy

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <u>Roura</u>		Nombre/s <u>Antonio</u>		D.N.I. Nº <u>10 734 826</u>	
10 Fecha de la defunción Día Mes Año <u>21</u> / <u>10</u> / <u>2025</u>		11 Fecha de nacimiento <u>05/10/1947</u>			
12 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				13 Sexo Masculino 1 ☐ Femenino 2 ☐ Indeterminado 3 ☐	
14 Ocurrió en... * Establecimiento de salud público 1 ☐ * Establecimiento privado, obra social, etc. 2 ☐ * Vivienda (domicilio) particular 3 ☐ * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 ☒				Nombre del establecimiento: _____ Pasará a Preg. 15 ☐ No Usar ☒	
15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: <u>El Ceibo</u> Localidad/Paraje <u>El soberbio</u> Departamento o Partido <u>Guaraní</u> Provincia <u>Misiones</u>					
16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: <u>Km 18 Ruta 15</u> Localidad/Paraje <u>El soberbio</u> Departamento o Partido <u>Guaraní</u> Provincia (o país para extranjeros) <u>Misiones</u> País _____					
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 ☐					

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

24/10/2025
CERTIFICO: Que el presente es copia fiel del original que tengo a la vista y Doy Fé.-

Dr. Jorge Antonio Salvi
SECRETARIO
JUZGADO DE INSTRUCCION N° 3
QUINTA CIRCUNSCRIPCION JUDICIAL
SAN VICENTE - MISIONES

POSADAS, 02 de diciembre de 2025.-

**SR/A. SECRETARIO/A
JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 3
DE LA 5° CIRCUNSC. JUDICIAL
SAN VICENTE - MISIONES
S / D**

Nota N° 2448 / 2025.-

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a vuestro **Oficio N° 30982556/2025** de fecha 24 de octubre de 2025, librado en autos caratulados **"Expte. N° 166097/2025 MOURA JOEL S/ SOLICITA INSCRIPCION DE DEFUNCION DE QUIEN EN VIDA FUERA; MOURA ANTONIO"**, solicitándole que previo a dar cumplimiento a lo ordenado remitan a esta Dirección General, Oficio Original con la transcripción íntegra de la Sentencia de S.S., atento al tiempo transcurrido y lo previsto por el artículo 60, 63, 80 y consecuentes de la Ley 26413 y Disposición Interna de este Registro N° 1660/2020.-

Por otra parte, es necesario se aclare en su instrumento la correcta fecha de nacimiento y de defunción de la persona cuyo deceso se pretende inscribir, siempre que en vuestro instrumento mencionan que **nació el día 26/03/2022 y falleció el 15/07/2022** y de acuerdo a nuestros registros nació en fecha **05 de octubre de 1947**, y según el certificado médico adjunto, el óbito ocurrió el **21 de octubre de 2025**. Así también, es necesario aclarar en su instrumento los datos del funcionario firmante del correspondiente certificado médico, siempre que no coincide lo mencionado en el Oficio Judicial con lo visualizado en la copia del documento médico adjunta.-

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

CASTILLO
Viviana
Cristina Raquel

Firmado digitalmente
por CASTILLO Viviana
Cristina Raquel
Fecha: 2025.12.02
12:21:05 -03'00'

AAR