



- OFICIO -

ID 31645667

Jardín América, Misiones, 15 de Diciembre de 2025.-

AL DIRECTOR GENERAL DEL
REGISTRO DE LAS PERSONAS
POSADAS - MISIONES
S/DESPACHO:

Me dirijo a Ud., en los autos caratulados “EXPTE. N° 31148/2021 RIEVE JORGE RAFAEL S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN”, los cuales tramitan por ante el Juzgado Civil Comercial Laboral y de Familia N° 2 con asiento en la localidad de Jardín América de la 4^a Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones sito en calle Mariano Moreno N° 730 de esta ciudad, a cargo de V.S. Dra. Cynthia Lourdes Meyer, Secretaria N° 2, en los cuales se ha dispuesto dirigir a Ud. el presente, a los fines de que se sirvan inscribir la Defunción de quien en vida fuere RIEVE JORGE RAFAEL, DNI 30.153.038, hijo de Marta Olga Rieve, de filiación única, nacido el 18/11/1976 y fallecido el 22/06/2019, muerte causada por un paro cardiorrespiratorio debido a que presentaba hipertensión, hecho acaecido en el domicilio en el Barrio Itati MZ C casa 4 de la localidad de Jardín América, MISIONES, se adjunta a sus efectos el correspondiente pago de la tasa administrativa y COPIA DIGITAL CERTIFICADA del Certificado Médico de Defunción.

A todo evento informo: Fecha de nacimiento: 18/11/1976; Último domicilio registrado: Barrio Itati MZ C casa 4 - Jardín América Misiones; Nombre de la madre: Marta Olga Rieve; sin filiación paterna; causa de la defunción: paro cardiorrespiratorio debido a que presentaba hipertensión arterial diabetes; datos del

profesional certificante del fallecimiento: Dra. RABAN M.G.G. SUB Comisario
Policía de Misiones.

Para un mayor recaudo legal se transcribe la sentencia que ordena el libramiento del presente, la cual, en su parte pertinente textualmente dice: “*JARDÍN AMÉRICA, Misiones, 10 de diciembre de 2025.- VISTO: El “Expte. N.º 31148/2021 RIEVE JORGE RAFAEL S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN”, del que resulta...FALLO: 1.- Haciendo lugar a la pretensión, ordeno la INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN de RIEVE JORGE RAFAEL DNI NRO 30.153.038, ocurrida en fecha 22/06/2019 a las 18:00hs, en el Barrio Itati MZ C casa 4 de la localidad de Jardín América, MISIONES. 2.- Firme la presente, previo pago por el servicio administrativo librese testimonio y el correspondiente oficio a la Dirección General del Registro de las Personas, a los fines de la anotación precedentemente autorizada*” Fdo. Dra. Cynthia Lourdes Meyer - Juez

Saludo a Ud. muy atentamente

Digitally signed by ACOSTA, Juan Miguel Alejandro
Date: 2025.12.15 11:05:56 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Gerencia de Tecnología
Informática

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Raban M.G.G.
Sub Comisario
Policia de Misiones

Fecha de
Inscripción

Día

Mes

Año

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don/ña		B. Ieve Jorge Rebel	Varón <input checked="" type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
D.N.I. / L.C.		30153038	Domiciliado/a en calle B. J. Job	
Localidad	en	Provincia	de 43 Años de edad, Nacido el 18 de Junio de 1976	Nº
Estado Civil (1)		Casado	Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación	
Ha fallecido de:		Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Muerte Violenta <input type="checkbox"/>	El Día 22 de Junio de 2009 a las 18:00 horas en: hogar
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	Lo atendió el médico No 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
Causa de la defunción a)		B. Esgredito no habia dormido suficiente agua		
Lugar donde ocurrió el hecho:				
PROFESIONAL CERTIFICANTE				
Nombre y Apellido		Raban M.G.G.		Matrícula Profesional Nº 02933
Domicilio Profesional: Calle		Nº	Dto.	Piso
Localidad		Teléfonos		
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:				
Lugar:				
Fecha: 22 de Junio de 2009				

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

Raban M.G.G.
Sub Comisario
Policia de Misiones

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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 checked="" type="checkbox"/>	Pasar a Preg. 7	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	--	-----------------	--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

- 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.

- 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.

c) Lugar donde ocurrió el hecho:

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"/>	Continuar abajo	* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año
	Se ignora 9 <input type="checkbox"/>				

La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 Parto 2 Puerperio 3

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <i>Brieve</i>	Nombre/s <i>Jorge Rebel</i>	D.N.I. N° <i>130153 030</i>
10 Fecha de la defunción Día <i>24</i> Mes <i>06</i> Año <i>2018</i>	11 Fecha de nacimiento Día <i>18</i> Mes <i>Jun</i> Año <i>1876</i>	

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 <input type="checkbox"/>
	Femenino 2 <input type="checkbox"/>
	Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>

14 Ocurrió en...

- * 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

Nombre del establecimiento: <i>B. Stol</i>
--

No Usar

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.:

Localidad/Paraje *Jauja*

Departamento o Partido *Sac Yuc*
 Provincia *Peru*

16 Vivía habitualmente en...

Localidad/Paraje *Jauja*

Departamento o Partido *Sac Yuc*
 Provincia (o país para extranjeros) _____ 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

Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

