



- 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 4ª 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: 2025.12.16 11:05:56 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaría de Tecnología
Informática

Dpto. Follevo Uruguay Dpto 18 noviembre 1976

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO _____ REGISTRO CIVIL DE _____ NUMERO _____ TOMO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____
FOLIO _____ ACTA _____

CERTIFICO que Don/ña B. Ieva Jorge Rebel Varón Mujer

D.N.I. / L.C. 30153038 Domiciliado/a en calle B. 5 Joh * Nº _____

Localidad Jesu Provincia Mis de 43 Años de edad, Nacido el 18 de Nov de 1976

en Mis Estado Civil (1) cas Nacionalidad aya Profesión u ocupación _____

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 22 de Jun de 2009 a las 18:00 horas en: hosp

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Si No Lo atendió el médico Si No

o lesión que le produjo la muerte? No que suscribe Infarto agudo de mioc No

Causa de la defunción a) Infarto agudo de mioc b) Infarto agudo de mioc

Lugar donde ocurrió el hecho: B. 5 Joh *

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Raban M.G. Matrícula Profesional Nº 02933

Domicilio Profesional: Calle _____ Nº _____ Dto. _____ Piso _____

Localidad Jesu Teléfonos _____

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Jesu

Fecha: 22 de Jun de 2009

Raban M.G.
Sub Comisario
Policia de Misiones

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

SISTEMA DE ESTADISTICAS 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 certificador)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Si 1 No 2 → Pasar a Preg. 7

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

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.

a) *Poco cardíaco un día*

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) *estados morbosos de una hipertensión - Diabete*

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.

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? 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

Apellidos *Brieva* Nombres *Gerardo Rabel* D.N.I. N° *130153030*

10 Fecha de la defunción Día Mes Año *22/06/2018*

11 Fecha de nacimiento *18 de abril 1976*

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: *B° 5702*

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: *B° 5702*

Localidad/Paraje *Jawau* Departamento o Partido *Sa de*

Provincia *Neu*

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: *B° 5702*

Localidad/Paraje *Jawau* Departamento o Partido *Sa de*

Provincia (o país para extranjeros)

País

17 Pertenencia 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

Continúa al dorso

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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S.E. No reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- Primario 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> -- Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">S.E. Reformado</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">Incompleto</td> <td style="width: 10%;">Completo</td> </tr> <tr> <td>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td></td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td></td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
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?

<ul style="list-style-type: none"> • Trabajaba o estaba de licencia 1 <input type="checkbox"/> • No trabajaba 2 <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Buscaba trabajo 3 <input type="checkbox"/> No buscaba trabajo 3 <input type="checkbox"/> 	<p>20 Cuál era su ocupación habitual?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right; font-size: small;">No Usar <input type="checkbox"/></div>
---	---

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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S. E. No reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- Primario 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> -- Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">S. E. Reformado</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">Incompleto</td> <td style="width: 10%;">Completo</td> </tr> <tr> <td>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td></td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td></td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S. E. No reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- Primario 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> -- Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">S. E. Reformado</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">Incompleto</td> <td style="width: 10%;">Completo</td> </tr> <tr> <td>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td></td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td></td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
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 DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25 Cuál era su situación laboral?

<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja o está de licencia 1 <input type="checkbox"/> • No trabaja 2 <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Busca trabajo 3 <input type="checkbox"/> No busca trabajo 3 <input type="checkbox"/> 	<p>26 Cuál es su ocupación habitual?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right; font-size: small;">No Usar <input type="checkbox"/></div>
---	--

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 <input checked="" type="checkbox"/>	Apellido y nombre <u>Raban M.G.</u>	Matrícula Profesional N° <u> </u>	Firma <u>Raban M.G.G.</u>
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Domicilio Profesional: Calle <u> </u> N° <u> </u>	Localidad: <u> </u>	Teléfono: <u> </u>

Digitally signed by Raban M.G.G. Date: 2015.12.19 11:33:52 ART. Lugar: Pto. Justicia de Misiones. Location: Secretaria de Tecnología Informática.

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

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES



En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 17
del mes de Marzo de 2015

y Legalizaciones del Distrito Provincial de las Personas, a los 31
Nº 4026-1-15 31

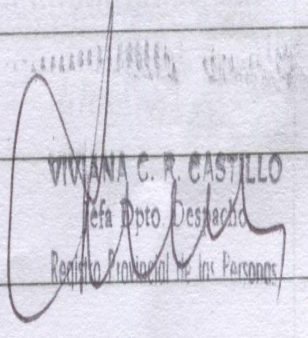
Expte. Nº 257027 197

en Expte. Nº 31148/2014 Rivele Jorge

(Rafael S.) Inscripción de defunción

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo: Libro nº 17 Folio 09 Año 2015

Trámite.....


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



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
15	2896	2025

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
 República Argentina, a Diecinueve de Diciembre
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de RIEVE Jorge Rafael
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión Doc. Ident DNI: 30153038
 Domicilio Mz C Casa 4 B° Itati- Jardín América- Misiones.
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Provincia De Misiones el 18 de Noviembre de 1976
 Ocurrida en: B° Itati- Jardín América - Misiones
 El 22 de Junio de 2019, a las 18:00 horas
 Causa de la Defunción: Paro Cardio Respiratorio- Hipertensión Arterial Diabetes
 Certificado Médico: MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: _____ Doc. Ident: _____
 Domicilio: _____

Obra en Virtud de OFICIO ID N° 31645667. EXPTE N° 31148/2021 de Fecha 15 de Diciembre de 2025. Venido del Juzgado Civil Comercial Laboral y de Familia N° 2. De la Cuarta Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones . Fdo Dra Cyntia Lourdes MEYER - Juez . Ref. EXPTE N° 4026-J-2025.



Casabella
 CASABELLA ESTERITA ALOIA
 Registro Provincial de las Personas

POSADAS, 08 de Enero de 2025

**REFERENCIA: EXPTE. 31148/2021 RIEVE JORGE RAFAEL S/
INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN.**

**JUZGADO INTERVINIENTE
S/D.-**

Tengo el Honor de Dirigirme a V.S. a los
fines de Expediente cumplimentado.-

Dios guarde a V.S.-

Firmado digitalmente por:
ESCHOYEZ Mariela Vanesa
Fecha y hora: 08.01.2026 09:38:54