



OFICIO ID 31624767

Apóstoles Misiones, 12 de Diciembre de 2025.

SEÑOR DIRECTOR

REGISTRO PROVINCIAL de las PERSONAS, POSADAS MISIONES

SU DESPACHO:

Por disposición de S.S. tengo el agrado de dirigirme a Ud., con respecto a los autos caratulados "**EXPTE N° 90923/2020 - COMISARIA PRIMERA DE APÓSTOLES S/ ELEVA ACTUACIONES VICTIMA FERNANDEZ EDELMIRO**", registro de éste Juzgado de Instrucción Penal N° 4, Secretaría N° 2 de la Primera Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito en calle Juan José Lanusse 344 de ésta ciudad, con el objeto de comunicarle que deberán **PROCEDER** a la **INSCRIPCIÓN** de la **DEFUNCIÓN** de quien en vida fuera **FERNANDEZ EDELMIRO, DNI N° 20.306.256** , Sexo Masculino, nacido en fecha 10 de Febrero de 1969, en la ciudad de Apóstoles Misiones, hijo de AYALA DEMETRIO (F y de SILVA GRACIELA (V { con último domicilio en B° Santa Barbara , Calle Catamarca y Corrientes S/N, de la ciudad de Apóstoles Misiones, Fecha de Muerte 28 de Agosto de 2020, a las 08:45 hs, en la ciudad de Apóstoles Misiones, causa de Muerte Paro Cardiorespiratorio debido a Miocardiopatía Dilatada, Certificado de Defunción Expedido por el Dr. Carlos Joaquin Heredia, M.P. N° 5500. Asimismo se le hace saber que una vez cumplimentado lo ordenado, remítase a este Juzgado el Acta respectiva.

Como recaudo transcribo el auto Resolutivo que en sus partes pertinentes dice: "*Apóstoles Misiones, 20 de Noviembre de 2024. **AUTOS Y VISTOS:** ... **CONSIDERANDO:** ... **RESUELVO:** 1) **ORDENAR** la **INSCRIPCIÓN** de la **DEFUNCIÓN** de **FERNANDEZ EDELMIRO, DNI N° 20.306.256**, Sexo Masculino, nacido en fecha 10 de Febrero de 1969, en la ciudad de Apóstoles Misiones, hijo de WALDERMINA FURTADO (V { y de APARICIO FERNANDEZ*

(F) (con último domicilio en Bº Santa Barbara , Calle Catamarca y Corrientes S/N, de la ciudad de Apóstoles Misiones, Fecha de Muerte 28 de Agosto de 2020, a las 08:45 hs, en la ciudad de Apóstoles Misiones, causa de Muerte Paro Cardiorespiratorio debido a Miocardiopatía Dilatada, Certificado de Defunción Expedido por el Dr. Carlos Joaquin Heredia, M.P. N° 5500. **II**) A los fines de la debida toma de razón, líbrese oficio al Director General del Registro de las Personas de la Provincia de Misiones, con la transcripción de la parte dispositiva del presente auto, haciéndose constar en el mismo las exigencias del Art. 79 de la ley 26.413. **III**) Una vez firme, expidase testimonio. **IV**) Una vez cumplimentado lo ordenado en el punto I (del presente auto resolutivo, remítase a este Juzgado el Acta respectiva. **REGISTRESE. PROTOCOLICÉSE. NOTIFIQUESE. OFICIESE.**" Fdo. DR. MIGUEL ANGEL FARIA, JUEZ DE INSTRUCCIÓN N°4; por ante mi Secretario que doy fe, Apóstoles, Misiones.

Diligenciado Vuelva.

Saludo a Ud atentamente.

gaa

Digitally signed by GONZALEZ Alberto
DN: cn=GONZALEZ Alberto
Date: 2025.12.12 11:17:56 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia
Informatica

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción Día Mes Año

DEPARTAMENTO REGISTRO CIVIL DE NUMERO TOMO FOLIO ACTA

CERTIFICO que Don/ña Fernandez Edelmiro Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. 20.306.256 Domiciliado/a en calle Catamarca y Corrientes N° S/N

Localidad Apostoles Provincia Misiones de 51 Años de edad, Nacido el 10 de Febrero de 1.969

en Misiones Estado Civil (1) Nacionalidad Profesión u ocupación

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 28 de Agosto de 2020 a las s/esp horas en: Apostoles

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí Lo atendió el médico Sí

o lesión que le produjo la muerte? No que suscribe No

a) Paro cardiorrespiratorio

b) Miocardiopatía dilatada

Causa de la defunción a) b)

Lugar donde ocurrió el hecho: no especificado en certificado policial

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Carlos Joaquin Heredia Matrícula Profesional N° 5500

Domicilio Profesional: Calle Av Alem N° 3417 Dto. Piso

Localidad Posadas Teléfonos 4444654

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Morgue de HEADRM

Fecha: 29 de Agosto de 2020 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

(B) 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 | 4 TOMO | 4 FOLIO | 4 ACTA |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------|---------------|----------------|---------------|

| | | | |
|-------------------------------|-----|-----|-----|
| 1 Fecha de Inscripción | Día | Mes | Año |
|-------------------------------|-----|-----|-----|

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 checked="" type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 6 Lo atendió el médico que suscribe? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" 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. | a) Paro cardiorespiratorio b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Miocardiopatía dilatada c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) | INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE |
|--|--|---|

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"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> | * 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 Fernandez | Nombre/s Edelmiro | D.N.I. N° 20.306.256 |
|-------------------------|----------------------|-------------------------|

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 10 Fecha de la defunción | 11 Fecha de nacimiento |
|---------------------------------|-------------------------------|

Día Mes Año Día Mes Año

2, 8 0, 8 2, 0, 2, 0 10/02/1969

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

| | | | | |
|------------|-------|------|-------|---------|
| Años 51 | Meses | Días | Horas | 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: _____

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: no especificado en certificado policial

Localidad/Paraje Apostoles Departamento o Partido Apostoles

Provincia Misiones

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Catamarca y Corrientes S/N

Localidad/Paraje Apostoles Departamento o Partido Apostoles

Provincia (o país para extranjeros) Misiones 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

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 <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Primario</td> <td>02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> | Incompleto | Completo | | -- Primario | 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> | | -- Secundario | 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> | | <ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td>11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> | 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"/> | |
| Incompleto | Completo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -- Primario | 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -- Secundario | 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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?

- Trabajaba o estaba de licencia 1
- No trabajaba

| | |
|--------------------|----------------------------|
| Buscaba trabajo | 2 <input type="checkbox"/> |
| No buscaba trabajo | 3 <input type="checkbox"/> |

20 Cuál era su ocupación habitual?

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)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|--|-------------|---|--|---------------|---|--|--|------------|----------|--|-----------------------------|---|--|-------------------|---|--|--------------|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S.E. No reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Primario</td> <td>02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> | Incompleto | Completo | | -- Primario | 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> | | -- Secundario | 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> | | <ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td>11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> | 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"/> | |
| Incompleto | Completo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -- Primario | 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -- Secundario | 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Primario</td> <td>02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> | Incompleto | Completo | | -- Primario | 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> | | -- Secundario | 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> | | <ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td>11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> | 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"/> | |
| Incompleto | Completo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -- Primario | 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -- Secundario | 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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?

- Trabaja o está de licencia 1
- No trabaja

| | |
|------------------|----------------------------|
| Busca trabajo | 2 <input type="checkbox"/> |
| No busca trabajo | 3 <input type="checkbox"/> |

26 Cuál es su ocupación habitual?

No Usar

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?

Signature Not Verifi

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|-------------|
| Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/> | Apellido y nombre <u>Heredia Carlos Joaquin</u> | Matrícula Profesional N° <u>5500</u> | Firma _____ |
| Otro 2 <input type="checkbox"/> | Domicilio <u>Profesional: Calle Av. Alem</u> | N° <u>3417</u> | |
| | Localidad: <u>Posadas</u> | Teléfono: <u>4444654</u> | Sello _____ |

Digitally signed by MERED Carlos Joaquin
Date: 2020.08.31 08:30:08 ART
Reason: Poder Judicial de Provincia de Misiones

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 22

del mes de Diciembre de 2025

y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expediente

Nº 4102-J-25 oficio Nº SIN 257049 205

Expte Nº 90923/2020 Comisarios

en primera de Apóstoles S/ Eleva Acciones

Victima Fernandez Ezequiel

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo; Libro nº 17 Folio 32 Año 2025

Trámite

VIVIANA E. R. CASILLO
Dpto. Despacho
Registro de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

| | | |
|------|------|------|
| Tomo | Acta | Año |
| 15 | 2916 | 2025 |

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
 República Argentina, a Veintidós de Diciembre
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de FERNANDEZ Edelmiro
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 20306256
 Domicilio Catamarca y Corrientes S/N - B° Santa Barbara - Apóstoles - Misiones
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Provincia De Misiones el 10 de Febrero de 1969
 Ocurrida en: Apóstoles - Misiones
 El 28 de Agosto de 2020, a las 08:45 horas
 Causa de la Defunción: Paro Cardio Respiratorio - Miocardiopatía Dilatada
 Certificado Médico: MEDICO CARLOS JOAQUIN HEREDIA
 Era cónyuge de: _____ Doc. Ident: _____
 Declarante: _____ Doc. Ident: _____
 Domicilio: _____
 Obra en Virtud de OFICIO ID 31624767.EXPTE.N° 90923/2020 de fecha 12 de Diciembre de 2025.Venido del Juzgado de Instrucción Penal N° 4,Secretaría N° 2 de la Primera Circunscripción Judicial de Apóstoles - Misiones.Fdo.Dr. Miguel Angel FARIA,Juez De Instrucción.Ref.Expte.N° 4102 - J - 2025 R.P.P.



Rodríguez Juan Carlos
RODRIGUEZ JUAN CARLOS
 Delegado Titular
 Registro Provincial de las Personas

POSADAS, 14 de Enero de 2026

REFERENCIA: EXPTE 90923/2020 - COMISARIA PRIMERA DE APÓSTOLES S/ ELEVA ACTUACIONES VICTIMA FERNANDEZ EDELMIRO.

**JUZGADO INTERVINIENTE
S/D.-**

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

Dios guarde a V.S.-