

OFICIO ID 31825106.-

Posadas, Misiones, 06 de Enero de 2026.-

**A LA SEÑORA DIRECTORA GENERAL
DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS
PROVINCIA DE MISIONES**

S _____ / _____ D:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, por disposición de Su Señoría, en los Autos caratulados **EXPTE. Nº 203844/2025 "COMISARIA SECCIONAL QUINTA UR-X S/ SOLICITA AUTOPSIA DE QUIEN EN VIDA FUERA MASCULINO NN-(NOTA J Nº 1625/2025)"**, que se tramita por ante éste Juzgado de Instrucción Nº **TRES**, Secretaría Nº **DOS**, de la 1ra. Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito en calle Santa Fe Nº 1630 (1º piso) de ésta Ciudad de Posadas, a fin de **SOLICITAR** tengan a bien proceder a la **INSCRIPCIÓN de la DEFUNCIÓN** del cadáver, quien en vida fuera **MIÑO ANTONIO, D.N.I. Nº 40.413.535 (PULSERA DE MORGUE Nº099968C)**, Asimismo se requiere que, una vez cumplimentado e inscripto que fuere lo solicitado, se remita a la brevedad a ésta Judicatura la correspondiente **ACTA**, a fin de ser agregada a las presentes Actuaciones. A tales fines se acompaña Acta de entrega y reconocimiento de cadáver.-

Como recaudo legal, transcribo lo dispuesto que en su parte pertinente dice: "*Posadas, Misiones, 06 de Enero de 2026.- (...) OFÍCIESE.*". Firmado, Dr. Fernando Luis Veron, Juez de Instrucción Nº 3; ante mí, Secretaria Autorizante que doy fe.-

Saludo a Ud. muy atentamente.-

GEV.-

Digitally signed by AMARILLA Mario
Daniel
Date: 2026.01.07 09:44:10 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location:

Signature Not Verified

Digitally signed by ELENA Daniela Mariel
Date: 2025.12.25 12:55:09 ART
Reason: Poder Judicial de la Provincia de Misiones

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

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de inscripción: Dia Mes Año
D.E. TOMO FOLIO ACTA

DEPARTAMENTO REGISTRO CIVIL DE NUMERO

CERTIFICADO que Don/ña NN MASCULINO PULSERA DE MORGUE N°099968C Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. Domiciliado/a en calle Nº

Localidad Provincia de Años de edad, Nacido el de de

en Estado Civil (1) Nacionalidad Profesión u ocupación

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 24 de DICIEMBRE de 20 25 a las 11.56 horas en POSADAS

¿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) CARBONIZACION b)

Lugar donde ocurrió el hecho: POSADAS

PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido ELENA DANIELA MARIEL Matricula Profesional Nº M07246

Domicilio Profesional: Calle AV ALEM Nº 3417 Dto. Piso

Localidad POSADAS Teléfonos 3764445550

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: MORGUE JUDICIAL DE POSADAS
Fecha: 25 de DICIEMBRE de 20 25 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 type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	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.	a) CARBONIZACION b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE No Usar
--	--	--

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 NN MASCULINO	Nombre/s PULSERA DE MORGUE N°099968C	D.N.I. N°
----------------------------	---	-----------

10 Fecha de la defunción Día Mes Año **11** Fecha de nacimiento

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años Años

* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días Meses Días

* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos Horas Minutos

14 Ocurrió en...

* Establecimiento de salud público 1 <input type="checkbox"/> * Establecimiento privado, obra social, etc. 2 <input type="checkbox"/> * Vivienda (domicilio) particular 3 <input type="checkbox"/> * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 <input checked="" type="checkbox"/>	} } } }	Nombre del establecimiento: _____ No Usar
--	------------------	---

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

Localidad/Paraje POSADAS Departamento o Partido _____

Provincia MISIONES

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: _____

Localidad/Paraje _____ Departamento o Partido _____ País _____

Provincia (o país para extranjeros) _____

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 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"/> 	<ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- 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 2
 - Buscaba trabajo
 - No buscaba trabajo 3

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

MADRE

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"/> 	<ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- 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

PADRE

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"/> 	<ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado Incompleto Completo <ul style="list-style-type: none"> -- 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

PADRE / MADRE

25. Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1
- No trabaja 2
 - Busca trabajo
 - No busca trabajo 3

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 _____ niños vivos, y produjo: _____ 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>ELENA DANIELA MARIEL</u>	Matrícula Profesional N° <u>M07246</u>	Firma _____
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Profesional: Calle <u>AV ALEM</u> N° <u>3417</u>	Localidad: <u>POSADAS</u>	Teléfono: <u>3764446550</u> Sello _____

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES



Registro Provincial de las Personas

60

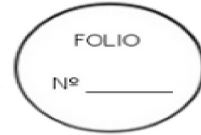
REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	60	2026

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
República Argentina, a Ocho de Enero
de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MIÑO Antonio
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión _____ Doc. Ident DNI: 40413535
Domicilio Mz. 85 - Casa 9256 - B° San Isidro Iprodha - Posadas - Misiones
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en Provincia De Misiones el 29 de Junio de 1997
Ocurrida en: Posadas - Misiones
El 24 de Diciembre de 2025, a las 11:56 horas
Causa de la Defunción: Carbonización
Certificado Médico: MEDICO DANIELA MARIEL ELENA
Era cónyuge de: _____
Declarante: Juan Ramón MIÑO Doc. Ident: 17378227
Domicilio: 85 925 - B° San Isidro - Posadas - Misiones
Obra en Virtud de ser el Padre. OFICIO ID 31825106. EXPTE. N° 203844/2025 de fecha 06 de Enero de 2026. Venido del Juzgado de Instrucción N° 3, Secretaría N° 2 de la Primera Circunscripción Judicial de Posadas - Misiones. Art. 70 de la Ley 26413. Leída el acta, firma conmigo el declarante.

898c04bc5803b86781af3afed5ee14fa



OFICIO ID 32456997.-

Posadas, Misiones, 12 de Marzo de 2026.-

**A LA SEÑORA DIRECTORA GENERAL
DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS
PROVINCIA DE MISIONES**

S _____ / _____ D:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, por disposición de Su Señoría, en los Autos caratulados **EXPTE. Nº 203844/2025 "COMISARIA SECCIONAL QUINTA UR-X S/ SOLICITA AUTOPSIA DE QUIEN EN VIDA FUERA MASCULINO NN-(NOTA J Nº 1625/2025)"**, que se tramita por ante éste Juzgado de Instrucción Nº **TRES**, Secretaría Nº **DOS**, de la 1ra. Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito en calle Santa Fe Nº 1630 (1º piso) de ésta Ciudad de Posadas, a los fines que se proceda a **RECTIFICAR** el Acta de Defunción anotado como Tomo 1 acta 60 año 2026 de fecha 08/01/2026 en cuanto a la *causa de defunción* respecto de quien en vida fuera MIÑO ANTONIO, DNI Nº 40.413.535 debiéndose inscribir correctamente.

A tales fines, se remite el certificado de defunción correspondiente, solicitándose tenga a bien proceder a la rectificación del acta de defunción, debiendo remitir dicha constancia a los fines de agregar en autos.

Como recaudo legal, transcribo lo dispuesto que en su parte pertinente dice: "*Posadas, Misiones, 12 de Marzo de 2026.- (...) OFÍCIESE.*". Firmado, Dr. Fernando Luis Veron, Juez de Instrucción Nº 3; ante mí, Secretaria Autorizante que doy fe.-

Saludo a Ud. muy atentamente.-

AMD.-

Digitally signed by AMARILLA Mario
Daniel
Date: 2026.03.12 11:58:44 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location:

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción Día Mes Año

DEPARTAMENTO REGISTRO CIVIL DE NUMERO TOMO FOLIO ACTA

CERTIFICO que Don/ña Miño Antonio Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. 404.413.575 Domiciliado/a en calle Mz85-casa 9256-B° San Isidro N°

Localidad Posadas Provincia Misiones de 28 Años de edad, Nacido el 29 de junio de 1.997

en Misiones Estado Civil (1) Nacionalidad argentino Profesión u ocupación

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 23 de diciembre de 2025 a las 01.44 horas en: Ruta 105-cas

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

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

Traumatismo Craneoencefalico y Facial Gravisimo

Causa de la defunción a) b)

Lugar donde ocurrió el hecho: Ruta 105 casi ex Garita

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Milton Dario Acosta Matrícula Profesional N° MPM00291

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

Localidad Pdas-Mnes Teléfonos

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Morgue Judicial

Fecha: 24 de diciembre de 2025 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

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 <input type="checkbox"/>				S. E. Reformado		Incompleto		Completo	
• S. E. No reformado		Incompleto		Completo		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)		11 <input type="checkbox"/>		12 <input type="checkbox"/>	
-- Primario		02 <input type="checkbox"/>		03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.		13 <input type="checkbox"/>		14 <input type="checkbox"/>	
-- Secundario		04 <input type="checkbox"/>		05 <input type="checkbox"/>		-- Polimodal		15 <input type="checkbox"/>		16 <input type="checkbox"/>	
• Superior o universitario		06 <input type="checkbox"/>		07 <input type="checkbox"/>							

19 Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1	<input type="checkbox"/>
• No trabajaba	2	<input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo		

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)

• Nunca asistió		01 <input type="checkbox"/>				S. E. Reformado		Incompleto		Completo	
• S. E. No reformado		Incompleto		Completo		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)		11 <input type="checkbox"/>		12 <input type="checkbox"/>	
-- Primario		02 <input type="checkbox"/>		03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.		13 <input type="checkbox"/>		14 <input type="checkbox"/>	
-- Secundario		04 <input type="checkbox"/>		05 <input type="checkbox"/>		-- Polimodal		15 <input type="checkbox"/>		16 <input type="checkbox"/>	
• Superior o universitario		06 <input type="checkbox"/>		07 <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)

• Nunca asistió		01 <input type="checkbox"/>				S. E. Reformado		Incompleto		Completo	
• S. E. No reformado		Incompleto		Completo		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)		11 <input type="checkbox"/>		12 <input type="checkbox"/>	
-- Primario		02 <input type="checkbox"/>		03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.		13 <input type="checkbox"/>		14 <input type="checkbox"/>	
-- Secundario		04 <input type="checkbox"/>		05 <input type="checkbox"/>		-- Polimodal		15 <input type="checkbox"/>		16 <input type="checkbox"/>	
• Superior o universitario		06 <input type="checkbox"/>		07 <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	<input type="checkbox"/>
• No trabaja	2	<input type="checkbox"/>
Busca trabajo	3	<input type="checkbox"/>
No busca trabajo		

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?

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 <input type="checkbox"/>	Apellido y nombre <u>Acosta Milton Dario</u>	Matrícula Profesional N° _____	<small>Digitally signed by ACOSTA Milton Dario Date: 2020.01.19 09:24:34 ART DN: cn=Proder Judicial de Misiones c=AR, ou=Secretaría de Tecnología Informática</small>
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Domicilio Profesional: Calle <u>av Alem</u> N° <u>3417</u>	Localidad: <u>Pdas-Mnes</u> Teléfono: _____ Sello	

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

POSADAS, 26 de marzo de 2026.-

**SR/A. SECRETARIO/A
JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 3
DE LA 1° CIRCUNSC. JUDICIAL
POSADAS - MISIONES**
S / D

Nota N° 380 / 2026.-

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a vuestro **Oficio N° 32456997** de fecha 12 de marzo de 2026, librado en autos caratulados "**Expte. N° 203844/2025 "COMISARIA SECCIONAL QUINTA UR-X S/ SOLICITA AUTOPSIA DE QUIEN EN VIDA FUERA MASCULINO NN-(NOTA J N° 1625/2025)"**". A tal efecto, le solicitamos que previo a dar cumplimiento a lo ordenado, se sirva remitir a este Registro el oficio judicial con la correspondiente transcripción íntegra de la sentencia, de acuerdo a lo determinado por el artículo 79 de la Ley 26413, indicando el correcto número de DNI del fallecido siempre que lo consignado en vuestro instrumento no coincide con lo indicado en el nuevo certificado médico de defunción, la fecha y hora del fallecimiento y los datos del médico certificante del hecho, todo ello conforme a lo requerido por los artículos 63, 64 y consecuentes de la Ley mencionada, siempre que el certificado médico recepcionado no se condice con lo que fuera previamente indicado por vuestro Juzgado.-

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

CASTILLO
Viviana
Cristina Raquel

Firmado digitalmente
por CASTILLO Viviana
Cristina Raquel
Fecha: 2026.03.26
11:34:11 -03'00'

AAR