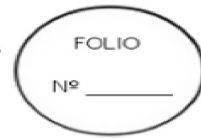




JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 1 - San Pedro
SECRETARÍA 2
2354/2026



ID 32495196

San Pedro, Misiones, 16 de Marzo de 2026.-

**AL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS, PROVINCIA DE
MISIONES**

S / D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., por disposición de S.S., en el **Expte. n° 2354/2026 Caratulado "DOS SANTOS LURDES S/ SOLICITA INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN DE FONSECA DE ALMEIDA NOELIA LUCIANA"**, que se tramita por ante este Juzgado de Instrucción N° 1, SECRETARIA N° 2, de la Quinta Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito en la intersección de las calles Nicanor Cordero y Los Pinos de la ciudad de San Pedro, a fin de solicitarle la Inscripción de la Defunción de quien en vida fuera FONSECA DE ALMEIDA NOELIA LUCIANA DNI N° 39.223.515, nacida el 12 de julio de de 2016 y fecha de defunción el día 29 de diciembre de 2025. Se remite adjunto Copia del DNI del fallecido e Informe Estadístico de Defunción.-

Como recaudo legal transcribo lo dispuesto en autos que en sus partes, dice: "San Pedro, Misiones, 16 de Marzo de 2026. ...OFÍCIESE... (Fdo. Dr. Ariel Omar Belda Palomar, Titular del Juzgado de Instrucción n° 1, ante mí, Secretario Autorizante que DOY FE".-

Diligenciado vuelva.-

Saludo a usted muy atentamente.-

JJC

Digitally signed by BOLINI Oscar Rafael
Date: 2026.03.16 10:43:43 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnología
Informática

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción Día Mes Año

DEPARTAMENTO REGISTRO CIVIL DE NUMERO TOMO FOLIO ACTA

CERTIFICO que Don/ña FONSECA DE ALMEIDA NOELIA LUCIANA Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. 39.223.515 Domiciliado/a en calle B° SANTA RITA - B. DE IRIGOYEN N° S/N

Localidad GRAL BELGRANO Provincia MISIONES de 29 Años de edad, Nacido el 13 de ENERO de 1.996

en MISIONES Estado Civil (1) Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 28 de DICIEMBRE de 2025 a las 05:00 horas en: B. DE IRIGOYEN

¿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) TRAUMATISMO CONTUSO PENETRANTE
CRANEOENCEFALICO GRAVISIMO b) PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO

Lugar donde ocurrió el hecho: BERNARDO DE IRIGOYEN

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido DIEGO DAVID GONZALEZ Matrícula Profesional N° 4558

Domicilio Profesional: Calle AV ALEM N° 3417 Dto. Piso

Localidad POSADAS, MISIONES Teléfonos

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: MORGUE JUDICIAL DE POSADAS

Fecha: 29 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

(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 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. <ul style="list-style-type: none"> a) TRAUMATISMO CONTUSO PENETRANTE CRANEOENCEFALICO GRAVISIMO b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) PROYECTIL DE ARMA FUEGO c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE _____ _____ _____
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	No Usar	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 No 2 Se ignora 9 } Continuar abajo

* 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 FONSECA DE ALMEIDA	Nombre/s NOELIA LUCIANA	D.N.I. N° 39.223.515
----------------------------------	----------------------------	-------------------------

10 Fecha de la defunción	Día	Mes	Año	11 Fecha de nacimiento
	2, 8	1, 2	2, 0, 2, 5	13 ENERO 1996

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años Años 29

* 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

13 Sexo Masculino 1 Femenino 2 Indeterminado 3

14 Ocurrió en...

* Establecimiento de salud público 1 } Nombre del establecimiento: _____

* Establecimiento privado, obra social, etc. 2 } _____

* Vivienda (domicilio) particular 3 } Pasar a Preg. **15**

* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 } _____

No Usar

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

Localidad/Paraje B. DE IRIGOYEN Departamento o Partido GENERAL BELGRANO

No Usar

Provincia MISIONES

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: B° SANTA RITA

Localidad/Paraje B. DE IRIGOYEN Departamento o Partido GENERAL BELGRANO País

Provincia (o país para extranjeros) MISIONES

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="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> </tr> <tr> <td>-- Primario 02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario 04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></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="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> </tr> <tr> <td>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal 15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></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

<input type="checkbox"/> Buscaba trabajo	2 <input type="checkbox"/>
<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="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> </tr> <tr> <td>-- Primario 02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario 04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></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="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> </tr> <tr> <td>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal 15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></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="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> </tr> <tr> <td>-- Primario 02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario 04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></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="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Incompleto</td> <td>Completo</td> </tr> <tr> <td>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal 15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></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

<input type="checkbox"/> Busca trabajo	2 <input type="checkbox"/>
<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? _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Apellido y nombre <u>GONZALEZ DIEGO DAVID</u>	Matrícula Profesional N° <u>4558</u>	Firma _____
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Domicilio Profesional: Calle <u>AV ALEM</u> N° <u>3417</u>	Localidad: <u>POSADAS, MISIONES</u>	Teléfono: _____ Sello _____

Digitally signed by GONZALEZ DIEGO DAVID
Date: 2025.12.29 11:42:39 AM
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnología Informática

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES