

PROVINCIA DE TUCUMÁN

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

REGISTRO CIVIL REGISTRADA BAJO ACTA N° TOMO FOLIO

CERTIFICADO QUE Pamora Fabian Eduardo De sexo masculino Doc. de Identidad N° 45.328.225

DOMICILIADO EN: Ruta 317 km 7 La Pomada de Abajo Localidad La Pomada de Abajo Provincia Tucumán

HAFALLECIDO EN (provincia) Bautista Alberdi Localidad San Miguel de Tucumán Establecimiento asistencial ☐ Otro ☒

Localidad Bautista Alberdi Calle N° en su domicilio Troncalino a causa de Craneomeningitis

Edad 22 mes 01 año 2022 a las 15:00 hs. a causa de Craneomeningitis Practicado la pericia legal ☒

Dijo constancia que los datos referidos los obtuvo por haber Asistido al paciente ☐ Reconocido al cadáver ☐ Practicado la pericia legal ☒

Lugar y fecha de certificación: San Miguel de Tucumán Baturo 22 de 2022

DATOS DEL PROFESIONAL: Apellido y Nombre: Carrizo Nancy Paola Localidad: Tucumán Domicilio (calle y N°): República de Uruguay Matrícula Profesional N° 7161

Firma y sello del Profesional: CARRIZO NANCY PAOLA AGENTE MEDICO DIRECCION DE MEDICINA LEGAL POLICIA DE TUCUMAN

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

DATOS DEL FALLECIDO: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

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 llenados sólo por el médico certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? Si 1 ☐ Pasar a preg. No 2 ☐ → 8

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

7 Se practicó autopsia? Si 1 ☐ No 2 ☐

8 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

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

b) Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica.

c) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.

a) Traumatismo craneoencefalico

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Craneomeningitis

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Craneomeningitis

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

9 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 andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópicos, 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

No usar

10 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS

¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Si 1 ☐ No 2 ☐ Se ignora 3 ☐

¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

ES MUERTE MATERNA? Si 1 ☐ No 2 ☐

11 ¿Convive en pareja? (ya sea casado/o en unión de hecho) Si 1 ☐ No 2 ☐

DATOS DEL FALLECIDO

12 Fecha de la defunción: Día 22 Mes 01 Año 2022

13 Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 01 Año 2004

14 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 un año consignar sólo meses y días

• Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos

Años 18 Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

15 Sexo

Masculino 1 ☒ Femenino 2 ☐ Indeterminado 3 ☐

16 Ocurrió en...

- Establecimiento de salud público
- Establecimiento privado, obra social, etc.
- Vivienda (domicilio) particular
- Otro lugar (via pública, hogar ancianos, etc.)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Nombre del establecimiento:

No usar

17 Domicilio donde se produjo:

Calle y N°/Ruta y km: Bautista Alberdi 550

Localidad/Paraje: San Miguel de Tucumán Departamento o Partido: Capital

Provincia: Tucumán

18 Vivía habitualmente en:

Calle y N°/Ruta y km: Ruta 317 km 7 La Pomada de Abajo

Localidad/Paraje: La Pomada Departamento o Partido: Barrancas

Provincia (o país para extranjeros): Tucumán

19 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 ☐ • Plan o Seguro público 3 ☐ • Más de uno 4 ☐ • Ninguno 5 ☐



7 to apunale

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname  
PUMARA

Nombre / Name  
JAVIER EDUARDO

Sexo / Sex  
M

Nacionalidad / Nationality  
ARGENTINA

Fecha de nacimiento / Date of birth  
02-ENE-2004

Fecha de emisión / Date of issue  
20-SET-2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
20-SET-2028

Documento / Document  
45.728.225

Trámite N° / Tr. N°  
00677855462

8216

DCMTO. POL. HOSP. PADILLA

FECHA: 22 / 01 / 2022

ANIDAD:

ma Javier Eduardo

EDAD: 18 E. CIVIL: OCUP:

A HORAS: 12:10'

A HORAS: 14:40 Aprox.

OCURRIDO: 21/01/2022

CAUSA: Homicidio Culposos

JURISDICCION: Cria. La Ramada

DOMICILIO: Ruta 317 Km 6 1/2 -Ramada de Abajo

23/62  
22/01/22  
MLE

1682-409

SEÑOR JEFE DE COMISARIA. Cumplo en informar que en fecha 22 de Enero del año 2022 a hs.15:20 me hice presente en el Hospital Padilla. Provincia de Tucumán, a los efectos de realizar el correspondiente RECONOCIMIENTO MEDICO LEGAL, al cadáver de sexo masculino perteneciente a PUMARA JAVIER EDUARDO argentino, instruido, quien en la fecha dejo de existir según versa en la nota policial que solicita la presente pericia.

EXAMEN CADAVERICO: Cadáver en buen estado de conservación, decúbito dorsal, en camilla del hospital. Presenta: Region codo izquierdo, escoriación de 5 cm de diámetro. Region muslo izquierdo cara posterior, lesión cortante profunda de bordes irregulares vertical de 15 x 5 cm de longitud. Region rodilla izquierda lesión cortante profunda horizontal de 10 cm de longitud. Region ojo derecho, ángulo externo, lesión cortante profunda de forma de letra L de 20 cm con equimosis bpalpebral. Según historia clínica, ingreso presentando politraumatismos, lesión grave de pelvis, mal estado general, mala mecánica respiratoria. Asistencia respiratoria. Fractura decúbito y radio derecho. Luxación de cadera.

CONSIDERACION MEDICO LEGAL: Por mi pericia medica practicada, la signología cadavérica observada, me es dable considerar que el causante llego al óbito por TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO GRAVE.

CONCLUSION: JAIME MARIO VICENTE falleció por TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO GRAVE, previa consulta con fiscalía de turno se dio INHUMACION confecciona certificado de defunción y se adjunta DNI.

LOCALIDAD DE LASTENIA, ENERO 22 DEL AÑO 2022



CARRIZO NANCY

MEDICO MAT. N° 7761

POLICIA DE TUCUMAN



DCMTO. POL. HOSP. PADILLA

FECHA: 22 / 01 / 2022

UNIDAD:

Naranjo Augusto Nicolas

DAD: 13

E. CIVIL:

OCUP:

A HORAS: 12:10'

A HORAS: 12:50 Aprox.

OCURRIDO: 21/01/2022

CAUSA: Homicidio Culposo

JURISDICCION: Cria. La Ramada

U.R.E.

DOMICILIO: Camino del Medio s/n -Ramada de Abajo

21/01/22  
22/01/22  
MLE

1681-409

el correspondiente RECONOCIMIENTO MEDICO LEGAL, al cadáver de sexo masculino perteneciente a NARANJO AUGUSTO NICOLAS argentino, instruido, quien en la fecha dejo de existir según versa en la nota policial que solicita la presente pericia.

EXAMEN CADAVERICO: Cadáver en buen estado de conservación, decúbito dorsal, en camilla del hospital. Presenta: Region frontal de ojo y mejilla izquierda, equimosis que cubre toda la región. Boca, realiza abundante espuma sanguinolenta. Region submentoneana mentoneana dos lesiones horizontales, suturadas de 7 cm de longitud. Region de tórax, escoriación que cubre toda la región. Region abdominal, escoriación horizontal de 15 y 50 cm de longitud. Region muslo izquierdo cara lateral interna, escoriación que cubre toda la región. Region pierna izquierda cara lateral interna equimotica. Se palpa fractura. Region cara posterior escoriación que cubre toda la región. Region muslo derecho, cara anterior tercio medio lesión suturada oblicua de 20 cm de longitud. Region inguinal derecho, lesión suturada de 50 cm. Se palpa fractura. Según historia clínica, ingreso presentando politraumatismo y Traumatismo encéfalo craneano grave, mal estado general, hipotenso, mala mecánica respiratoria, herida grave en región inguinal derecha. Fractura malar inferior, perdida de piezas dentales. Fractura expuesta en muslo derecho.

CONSIDERACION MEDICO LEGAL: Por mi pericia medica practicada, la signología cadavérica observada, me es dable considerar que el causante llego al óbito por SHOCK IPOBOLEMICO POR MÚLTIPLES FRACTURAS.

CONCLUSION: NARANJO AUGUSTO NICOLAS falleció por SHOCK IPOBOLEMICO POR MÚLTIPLES FRACTURAS, previa consulta con fiscalía de turno se dio INHUMACION confecciona certificado de defunción y se adjunta DNI.

LOCALIDAD DE LASTENIA, ENERO 22 DEL AÑO 2022



CARRIZO NANCY  
MEDICO MAT. N° 7761  
POLICIA DE TUCUMAN



REGISTRO CIVIL	REGISTRADA BAJO ACTA N°	TOMO	FOLIO
CERTIFICADO QUE: <u>Nonny August Ni Colon</u>		De sexo: <u>Varón</u>	Doc. de identidad N°: <u>48 862 258</u>
DOMICILIADO EN: <u>Comino del Huevo s/n km 2 La Pomada</u>		Provincia: <u>Tucumán</u>	Calle: <u>N°</u>
HA FALLECIDO EN: <u>Bautista Alberdi s/n San Miguel de Tucumán</u>		Localidad: <u>Tucumán</u>	Calle: <u>N°</u>
Fecha y hora de fallecimiento: <u>22</u> mes <u>01</u> año <u>2022</u> a las <u>15</u> hs		en su domicilio <input type="checkbox"/>	Establecimiento asistencial <input type="checkbox"/>
Lugar y fecha de certificación: <u>San Miguel de Tucumán, Buenos 22 de 2022</u>		Asistido al paciente <input type="checkbox"/>	Reconocido al cadáver <input type="checkbox"/>
DATOS DEL PROFESIONAL: Apellido y Nombre: <u>Carrizo Nancy Paola</u>		Firma y sello del Profesional: <u>CARRIZO, NANCY PAOLA</u>	
Domicilio (calle y N°): <u>República Argentina</u>		DIRECCIÓN DE MEDICINA LEGAL	
Teléfono: <u>7761</u>		MATERIA DE TUCUMÁN	

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

D.N.I DEL FALLECIDO

DATOS DEL FALLECIDO	Apellido	Nombre	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 llenados sólo por el médico certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	SI 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	6 Lo atendió el médico que suscribe	SI 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	7 Se practicó autopsia?	SI 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
--	---	-------------------------------------	---	-------------------------	---

8 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 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)

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

No usar

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

9 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 andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópicos, 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

No usar

10 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS

¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?

¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?

ES MUERTE MATERNA?

11 ¿Convive en pareja? (ya sea casado/o en unión de hecho)

DATOS DEL FALLECIDO

12 Fecha de la defunción

13 Fecha de nacimiento

14 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 un año consignar sólo meses y días

• Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos

15 Ocurrió en...

- Establecimiento de salud público
- Establecimiento privado, obra social, etc.
- Vivienda (domicilio) particular
- Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.)

1 ☐  
2 ☐  
3 ☐  
4 ☐

Nombre del establecimiento:

No usar

16 Domicilio donde se produjo:

Calle y N°/Ruta y km: Bautista Alberdi s/n

Localidad/Paraje: San Miguel de Tucumán

Departamento o Partido: Capital

Provincia: Tucumán

17 Vivía habitualmente en:

Calle y N°/Ruta y km: Comino del Huevo s/n

Localidad/Paraje: La Pomada

Departamento o Partido: Bunmupen

Provincia (o país para extranjeros): Tucumán

18 Pertenecía o estaba asociado a: (Si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)



REPÚBLICA ARGENTINA

**CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE VEHÍCULOS**

Dirección Nacional de los Registros Nacionales  
de la Propiedad del Automotor y de Créditos Prendarios



APX34847

DOMINIO: **AE269KU** Original

MARCA: CHEVROLET

MODELO: TRACKER AWD PREMIER +

TIPO: TODO TERRENO

USO: PRIVADO

CHASIS: 3GNCJ8EE8JL402812

MOTOR: 2H0180795442

VENCE: 04/10/2022

Ver el registro seccional emisor N° 3005 - CATAMARCA N° 2, sit  
n fecha **04/10/2021**



Presidencia de la Nación

