PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Ministerio de Gobierno
Registro de las Personas

CERTIFICADO SERIE 1 Nº 00562852

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN

(Para entregar en la Delegación del Registro de las Personas que corresponda, dentro de las 48 Hs. siguientes a la comprobación del fallecimiento Art.88 Ley 14.078)

DIGITO PULGAR DERECHO (OBLIGATORIO)

ADHERIR EN LA LICENCIA DE INHUMACION/CREMACION
SERIE 1 00562852

ADHERIR EN EL LIBRO DE OBLEAS DE DEFUNCIONES
SERIE 1 00562852

CERTIFICADO MÉDICO

Deberá ser extendido de puño y letra, sellado y firmado por el profesional médico interviniente (Art.92 ley 14.078)

Certifico que: Granajo Dora Elisabet Documento Tipo: DNI Nº 35402986
Sexo: Femenino Fecha de Nacimiento 14 / 03 / 1989 Nacionalidad Argentina
Lugar de nacimiento Buenos Aires Provincia/Estado Buenos Aires Pais Argentina
Domicilio Alfonsina Storni 946 - Quilmes - Quilmes
Ha fallecido de forma TRAUMATICA ☐ NO TRAUMATICA ☒ siendo la causa inmediata o final Paro Respiratorio
y la mediata o básica Cancer de mama
y la originaria Cancer de mama
La defunción se produjo en SU DOMICILIO ☐ ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL ☒ OTRO ☐ (especificar)
en la calle 27 y 70 Nº S/N Localidad La Plata Partido La Plata
a las 11:30 hs. del día 05 / 03 / 2022 La enfermedad es infectocontagiosa: SI ☐ NO ☒
Accidente o Siniestro Vial: SI ☐ NO ☒
Los datos los obtuvo porque:
ASISTI AL PACIENTE ☐ RECONOCI EL CADAVER ☐ OTRO ☒ Realice certificado medico de defunción
PRACTIQUE PERICIA MEDICA ☐ en I.P.P. Nº Dependencia Judicial interviniente Depto. Judicial
Lugar, fecha y hora de Certificación del fallecimiento La Plata, 13:43 hora 05/03/2022, 13:43 hora

Firma del Médico

H.I.E.A. y C. "SAN JUAN DE DIOS" Sello del establecimiento (En caso de corresponder)

Adriana K. Flores
Medica
Sello Aclaratorio del Profesional

DATOS PARA LABRAR LA DEFUNCION

DATOS DEL FALLECIDO

Prenombre y Apellido..... Documento Tipo:..... Nº..... Edad:..... años.....
meses..... días..... hs. Profesión..... Hijo de.....
y de..... Domiciliado en la calle..... Nº..... Localidad
..... Partido..... Provincia/Estado..... Pais.....
Declaro que el destino transitorio o final de los restos será..... Localidad..... Partido.....

DATOS DEL DENUNCIANTE

(El denunciante es responsable de los datos para labrar la inscripción de defunción, salvo que actúe en representación del autorizante)

Prenombre y Apellido:..... Documento Tipo..... Nº..... con domicilio en
..... Nº..... Localidad..... Partido.....
Carácter del denunciante.....

Firma del denunciante

Aclaración

AUTORIZACION PARA APODERADOS DE EMPRESAS DE SEPELIOS

(Completar por el autorizante)

Autorizo a..... Documento Tipo..... Nº..... mandatario de la Empresa
de Servicios Fúnebres..... con domicilio en la calle..... Nº.....
Localidad..... Partido..... Tel (.....).....
a labrar la presente defunción en base a los datos proporcionados.

Carácter del autorizante:.....Domicilio en la calle.....N°.....Localidad

.....Partido.....

Solicita licencia de INHUMACION☐ CREMACION☐ Teléfono (.....).....Fecha de Autorización...../...../.....

Firma del Autorizante	Aclaración y N° DNI del autorizante	Firma del Autorizado	Aclaración y N° DNI del Autorizado	Sello de la empresa de sepelios

DATOS DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS

(A completar por el responsable de la Delegacion)

DELEGACION QUE ENTREGA EL CERTIFICADO A MEDICOS PARTICULARES

El presente certificado fue entregado al Dr/a.....

N° de la Matrícula Provincial.....el día...../...../.....

Firma y Sello del responsable Médico	Firma y Sello del responsable de la Delegación	Sello de la Delegación

OFICINA QUE LABRA LA DEFUNCION

Se otorgo la licencia de INHUMACION☐ CREMACION☐

Firma y Sello del responsable de la Delegación	Sello de la Delegación

TODOS LOS DATOS INSERTOS EN EL PRESENTE CERTIFICADO LO SON BAJO DECLARACION JURADA (Art. 275 Codigo Penal)

