

| DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO | | | |
|---|------------------------------|---------------------|------------|
| Primer Apellido | LEMA | Segundo Apellido | FERNÁNDEZ |
| Primer Nombre | CARMEN | Segundo Nombre | TERESA |
| Nom. en documento | CARMEN TERESA LEMA FERNÁNDEZ | | |
| Observaciones en Documento | | | |
| Documento | CI - 4063258 | País emisor | URUGUAY |
| Sexo | FEMENINO | Fecha de nacimiento | 14/06/1924 |
| País de nacimiento | URUGUAY | Nacionalidad | URUGUAY |

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | | |
|---------------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| Lugar de defunción | DOMICILIO | | |
| Otra designación | | | |
| Fecha de defunción/constatación | 07/06/2024 | Hora defunción/constatación | 11:05 |
| Departamento | MONTEVIDEO | Localidad | MONTEVIDEO |
| Calle | MANILA | Número | 2376 |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Barrio | | Zona | URBANA |

| DATOS ESTADÍSTICOS | | | |
|---------------------|---------------------------------|-------------------|--|
| Estado civil | VIUDO | Credencial cívica | |
| Actividad principal | | | |
| Ocupación | INACTIVO: PENSIONISTA, JUBILADO | | |

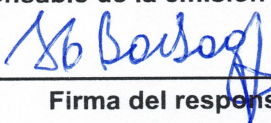
| LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL | | | |
|------------------------------|------------|-----------|------------|
| Departamento | MONTEVIDEO | Localidad | MONTEVIDEO |
| Calle | MANILA | Número | 2376 |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Barrio | | Zona | URBANA |

| MÉDICO FIRMANTE - Firmado el 08/06/2024 00:08 | | | |
|---|-----------------|------------|--------|
| El profesional médico firmante se encuentra debidamente habilitado por el MSP para firmar el presente Certificado de Defunción. | | | |
| Cédula No. | 42359299 | No. CJPPU | 100911 |
| Nombre | GIOVANNA BORGES | ES FORENSE | NO |

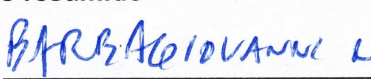
El presente Certificado de Defunción Resumido, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia.

Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, Empresas Fúnebres o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondientes.

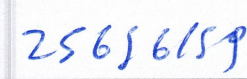
Responsable de la emisión del certificado resumido



Firma del responsable



Aclaración de la firma



No. de documento

| CONSTANCIA REGISTRO CIVIL | |
|---|--|
| El oficial del registro de estado civil de la _____ sección judicial del departamento de _____ hace constar que en el _____ del libro _____ del registro de defunciones de fecha _____ ha sido inscripta la defunción que se refiere en el presente | |
| Firma del oficial del registro de estado civil | |