

CÓDIGO DE ENFERMEDAD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO

Uruguay
PresidenciaMinisterio
de Salud
Pública

A

COPIA

No. 322150

Certificado MAYOR de 1 año y más

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO

Primer Apellido	TOMASINI	Segundo Apellido	AUNDI
Primer Nombre	MARIA	Segundo Nombre	CRISTINA
Nom. en documento	MARIA CRISTINA TOMASINI AUNDI		
Observaciones en Documento			
Documento	CI - 33212773	País emisor	URUGUAY
Sexo	FEMENINO	Fecha de nacimiento	22/05/1951
País de nacimiento	URUGUAY	Nacionalidad	URUGUAY

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Lugar de defunción	CAMEDUR - SANATORIO DURAZNO		
Otra designación			
Fecha de defunción/constatación	10/05/2024	Hora defunción/constatación	11:05
Departamento	DURAZNO	Localidad	DURAZNO
Calle	18 DE JULIO	Número	720
Entre		Y entre	
Ruta		Km	0.0
Manzana		Solar	
Barrio		Zona	SE DESCONOCE

DATOS ESTADÍSTICOS

Estado civil	DIVORCIADO	Credencial cívica	
Actividad principal			
Ocupación	INACTIVO: PENSIONISTA, JUBILADO		

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

Departamento	SORIANO	Localidad	DOLORES
Calle	ORIBE	Número	1517
Entre		Y entre	
Ruta		Km	
Manzana		Solar	
Barrio		Zona	URBANA

MÉDICO FIRMANTE - Firmado el 10/05/2024 13:32

Por razones técnicas, el sistema no puede verificar la habilitación del título del médico firmante.

Cédula No.	36276526	No. CJPPU	135977
Nombre	GASTON ESTEVEZ	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

Impreso el: 13/05/2024 10:52

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