

 **REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY**  
DIRECCIÓN NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN CIVIL

**Documento de Identidad**  
Carteira de Identidade

Apellido / Sobrenome  
**RAMÍREZ FOCCO**

Nombre / Nome  
**PAULO CESAR**

Nacionalidad / Nacionalidade  
**URUGUAYA**

Fecha de Nacimiento / Data de Nascimento  
**01/04/1978**

Lugar de Nacimiento / Local de Nascimento  
**MONTEVIDEO/URY**

N° de Identidad / N° de Identidade  
**4.153.131-3**

Expedición / Expedição  
**25/02/2016**

Vencimiento / Vencimento  
**25/02/2026**

  
Firma del Titular / Assinatura do Titular





*Laboratorio*  
*de Analisis Clinicos*

**Unidos SRL**

AV. 8 DE OCTUBRE 3443  
TELS.: 2508 1800 - 2508 0324  
Montevideo



**CONTROL DE SALUD**

No.: **330543**

**VALIDO HASTA:** **11/01/26**

Válido en todo el territorio nacional  
(M.S.P. Decreto No. 651/990)