

OTROS CONCEPTOS

entro p/ for varidos mod 1: Recordado de tu amigo Ganes

FALLECIDO: Victoria Bello Alcalde
 Fecha de fallecimiento: 29-11-2023
 Domicilio: Pinar 1035- Ogrom
 Teléfonos: 64960648 E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'90	1236
Capilla ardiente	X Berta "3"	Sala Prep. S Libro S	530 + 52 26'90
Gestión funeraria	S	☐ Tramitación UUW	166
Carroza traslado	X Domicilio - Tant. Berta		102
Prensa	10		107'44
Radio	X 11:30		23
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X 100		30
Ómnibus acompañamiento	X 20		3
Turismo	S id.	Registro Civil: Amos	170 + 102 190
Certificado médico	X Si (2x) (ump)	Personal	180
Carroza	1 + 1		
Ayunt.º: Sepultura	Amos (Restar)		
Iglesia	X Pan de Azúcar de Ogrom		
Incineración	Urna: —		
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	60
Cantores	X Ana	Funeral: 1+2	X 170 (2008)
Flóres	X 1000: Hinas e H. politico		135
	X 1000: Violeta		135
	X 1000: Sabino y Sabino politico		135
	8dse		15'40
Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario			3320 + 70 640

FALLECIDO: Nombre Victoria Bello Alcalde D.N.I. N° 32387858 ✓
id. de los padres Juán - Carmen
Naturaleza Ama Provincia Couma
Día, mes y año de nacimiento 14-11-1938
Profesión Agron Estado Salta Domicilio pma 1035
Fecha: 23-20 horas del día 29 de Noviembre de 2023
Fallecimiento: Domicilio pma - Ama Agron
Cementerio San Lorenzo de Agron Ayunt.º Ama

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. Victoria Bello Alcalde LA SEÑORA

falleció en pma - Agron en el día de 30-11-2023 a los 85 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Juán y Candida Bello Alcalde

Hijos políticos Emilio para la
Nietos: Javier, Daniel y Manuel

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos no

Hermanos políticos Manuel, Grande (viudo de Maria Bello), Nieros
Ferreiro (viudo de Aurelio Bello)

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos 2 Primos 2

y demás familia.- Conducción

Funerales Nieros

en la iglesia de San Lorenzo de Agron

CASA MORTUORIA: Postal 3

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

no

OMC

DEFUNCIÓN
MÉDICA COLEGIAL
EN ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

https://certificados.egrem.es

FF813KNMSH

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105186126

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiados
Nº de colegiados

151511510

1ª expedición
1ª expedición

D.ña. H.ª DEL CARMEN BECERO

D. / Dña

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, con el número
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
y con ejercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

VICTORIA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

BELLO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

ALCALDE

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 14

Día

Mes 11

Mes

Año 1938

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller X

Documento
de identidad:X D.N.I.
D.N.I.

Número:

Número:

32387858-V

Documento
de identidad:

Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora: minutos 23:20

Hora: minutos

Día 29

Día

Mes 11

Mes

Año 2023

Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: AMES

Domicilio particular X

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Otro lugar

Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA CARDÍACA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otras pruebas⁵ / Outros procesos⁵Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Si/Sí

No/Non X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/Sí

No/Non X

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?

Accidente de tráfico No/Non X

Accidente de tráfico Si/Sí

Accidente laboral No/Non X

Accidente laboral Si/Sí

Fecha del mismo: Día

Data do mesmo: Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

01

Escaneado con CamScanner