

OTROS CONCEPTOS

ORONA : FUNDACION CEMENTERIO DE CALO (ABEL BARRAS)

UCRO (24R) ~~TRACALDO~~ QUELLE TPV
117 6700 2351 1547 07/27 620538156

UCRO (Mod 2) 09/14 886: ROO. A. J. SUJO GERPE
dado un mod. 3 alubos) web
CURA A: A.S. SUJO GERPE - TRIHNSAM SL
F: 670586730 Andra. de Uribe Garcia, 26, Bayo - STEO
stabilidadad@juliogerpe.es 659 384968

→ VACIÓ
Niños menores

FALLECIDO: MANUEL LAREO RITE
Fecha de fallecimiento 18- DICIEMBRE - 2023
Domicilio ADRIÁN, 1- CALO - TEO
Teléfonos: 629 940540 Jose Manuel (nipo) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo 201	Medida		1775
Capilla ardiente CALO-2	Sala Prep. Si	Libro Si	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUW		
Carroza traslado DOMICILIO - TANATORIO			
PREPARACIÓN			
Prensa CORREO - 3			
Radio DE GALICIA (SANTIAGO) 2'5x3			
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo id.	Registro Civil TEO		
Certificado médico Si	Personal		
Carroza			
Ayunt.º: Sepultura CALO X ROJO			
Iglesia CALO			
Incineración NO	Urna: X Camparelo		
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino		
Cantores Si X Suso Loro	Funeral: X ACACIAS		
Flowers 1 Centro calce 50 R.B.: Tu hijo e hija política			
1 Centro calce 50 R.B.: Tus nietos y nietas políticas			
1 Centro 18 R.B.: Tus bisnietos			
(señala caja)			
			140 (2337)

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre Manuel Laredo Pite D.N.I. N° 33020991-Y
id. de los padres Manuel y Rose
Naturaleza Teo Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 8- Noviembre - 1926
Profesión _____ Estado Viudo Domicilio Lugar de Adán, 1- Calo-Teo

Fallecimiento: Fecha: 21:50 horas del día 18 de Diciembre de 2023
Domicilio Su domicilio
Cementerio Glo Ayunt.º Teo

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. Jose Manuel Laredo Figueiras (Lijo) D.N.I. 76502446-F
domiciliado en Adán, 6- Glo- Teo

EL SEÑOR
D/ña. MANUEL LAREDO PITE (SOCIO DE CONSTRUCCIONES RUAFER S.A.)
(VIUDO DE ANTONIA FIGUEIRAS FANDINO) (VECINO DE ADÁN - CALO-TEO)
falleció en _____ en el día de _____ a los 97 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos JOSE MANUEL LAREDO FIGUEIRAS

Hijos políticos MARIA CONSUELO CASTRO LOPEZ

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos JOSEFA (1), RAMON (1), MARIA (1), RAUL Y GUILLERMO LAREDO PITE

Hermanos políticos Si

LIA Y DIEGO LAREDO CASTRO

NIETOS POLITICOS: JOSE CARLOS SANTOS Y MARIA QUELLE

Nietos _____ Bisnietos MARTIN, LEO, LOIS Y EMMA Tios _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



EXPED. 18-08-2000 VAL. PERMANENTE
IDESP

33020991-Y

Ministerio del Interior

EL 08-11-1928

SEXO V-M

LOCALIDAD TEO

PROVINCIA A CORUÑA

EQUIPO 15771L6D1

IDESP33020991Y3<<<<<<<<<<<<<<<<
2611088M9912315ESP<<<<<<<<<<<2
LAREO<PITE<<MANUEL<<<<<<<<<<<<




REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



ES-902446F

DNI 76502446F

1953

NOMBRES/APELLIDOS
 LAREO
 FIGUEIRAS

NOMBRE/NOME
 JOSE MANUEL

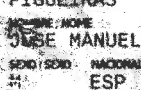
SEXO/SEXO
 M

NACIONALIDAD/NACIONALIDADE
 ESP

FECHA/FECHA
 22 09 2023

VALIDEZ/VALIDEZ
 31 08 2030

NÚM. SUPLENTE
 CGK134278



229376

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TEO
A CORUÑA

MANUEL / AURORA

IDESPCGK134278576502446F<<<<<
5309258M3008317ESP<<<<<<<<<3
LAREO<FIGUEIRAS<<JOSE<MANUEL<<

SOLICITANTE (HIJO)



https://certificados.cgcom.es

9PJKN5P2Z

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Sello Cardíaco

Colegio de

105185339

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

LA CORUÑA

SANTIAO

con el número

co número

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153604981

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 08

Día 08

Mes 11

Mes 11

Año 1926

Año 1926

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

33020991-Y

☐

D.N.I.

Número:

33020991-Y

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

21:50

21:50

Día 18

Día 18

Mes 12

Mes 12

Año 2023

Año 2023

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

TEO

Domicilio particular

Domicilio particular

☒☒

Centro hospitalario

Centro hospitalario

☐☐

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

☐☐

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

☐☐

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) FRACASO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA CARDÍACA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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

Sí/Sí

☐

No/Non

☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

☐

No/Non

☒

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

Accidente de tráfico

No/Non

☐

Accidente de tráfico

Sí/Sí

☐

Accidente laboral

No/Non

☐

Accidente laboral

Sí/Sí

☐

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En SANTIAGO, a 18 de Diciembre de 2023

Firma del médico
Sinatura do médico

J. GONZALEZ

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la causa **Inmediata** y se termine por la causa **Inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "debido a" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 00

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a 30 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela causa **Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras "debido a" que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 00

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a 30 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabete

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



LICENZA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE TEO
EXPEDIENTE NÚM.20231219/004164 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª MANUEL LAREO PITE con Documento Identificativo DNI y N° 33020991Y, con último domicilio conocido en LUGAR ADRÁN - CALO N°1 - Teo , ESPAÑA, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 18 de DECEMBRO de 2023, as 21:50 horas, ocurrida en SU DOMICILIO (LUGAR DE ADRÁN 1, CALO);

CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas hábiles desde a do falecemento.

En Teo o 19 de DECEMBRO de 2023.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
19/12/2023 11:29

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:H6gc-CCAs-hH&T-TKhp



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

A presente certificación literal expediuse coa autorización prevista no art. 81 da Lei do Rexistro Civil e contén o teor literal do/s asento/s solicitado/s que se transcriben nos seguintes parágrafos, segundo resulta/n dos datos que constan no rexistro individual da persoa que figura en dito/s asento/s. Declárase que a presente certificación só dá fe das circunstancias que indica a Lei 20/2011 para cada feito ou acto que se comprende no asento ou asentos aos cales esta se refire a mesma (artigos 44.2, 59.5, 62.1 da Lei 20/2011, do 21 de xullo, do Rexistro Civil).

ASENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asento: **1702981729931**

Data Inscripción Rexistro Electrónico de Seguridade: **19/12/2023 11:28**

Código persoal do rexistro individual do inscrito: **3LM2THSFW00033020991Y**

DATOS DE IDENTIDADE DO/DA INSCRITO/A. (8-6) Nome: **MANUEL** (7-6) Primeiro apelido: **LAREO** (7-6) Segundo apelido: **PITE**, (8-6-1) Fillo/a de **MANUEL** (8-6-2) e de **ROSA**, (3-4-1) Sexo: **HOME** (4-1) Estado: **VIÚVO/A** (6-1) Nacionalidade: **ESPAÑA** Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **33020991Y**.

(2-4-2) Nacido/a en: **TEO** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Data: **08/11/1926**

(2-1-2) Domicilio último: **LUGAR ADRÁN - CALO Nº: 1** (2-1-3-2) Lugar: **TEO** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

A inscrición practícase en virtude de: **DECLARACIÓN** realizada por **JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ** con Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **33200436M** segundo consta no expediente nº **20231219/004164** do Rexistro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **21:50** (9-9) Día: **18/12/2023** (2-6) Lugar: **SU DOMICILIO (LUGAR DE ADRÁN 1, CALO)** Poboación: **TEO** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

O soterramento será en: **CEMENTERIO DE SAN JUAN DE CALO** (2-1-3-2) Poboación: **TEO** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DO ASINANTE:

Nome e apelidos: **Eva Bernardez Pereiras**

En calidade de: **ENCARGADO**

Data de sinatura: **19/12/2023 11:28**

E para que conste e produza os efectos oportunos, emítese o presente certificado literal do Rexistro Civil.



