

OTROS CONCEPTOS

24 R.B. "S'HP. 128" ^{Pagado} Familia Fernandez Barceiro (Zr2) TPV Beta

30 R.B. ^{Pagado} "De tus hermanas y hermanas politicas (137'50) TPV Beta

30 R.B. ^{S'HP. 128} "Proceso: Subj. nos de Cobas Zr2."

do módulo PAGADO Baixa web

FALLECIDO: David Davino Vondra

Fecha de fallecimiento 14-1-2024

Fecha de fallecimiento 19-7-2017

Domicilio 11. Jimico - Coxare - Bantarcab

Teléfonos: 66765432 E-mail:

PLA-M (SP-16) 247016
b1
b7C
b7D

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1 Medida 1'90	
Capilla ardiente	Berk 2 Sala Prep. Si Libro ☒ Si	
Gestión funeraria	☒ Prensa ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	Hospital - Tanat.	
Prensa	X Carreo?	
Radio	X A-Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X 100	
Ómnibus acompañamiento	10	
Turismo	id.	
Certificado médico	X Si	Registro Civil: Santiago
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Buon X 200	
Iglesia	San Julian de Bortach	
Incineración	Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	X Miguel	Funeral: X 170 (68934)
Flores	Kao: Hijos - Roja Kaa: Hijos políticos - Roja para 1 Colo: violetas - blanca 1 Centk @ casa - Bimietes - 18 R. Blanco 1 centrog. casa - Tatananiet - 18 R. blan. Vip	
Sudario	☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento Rosario	

FALLECIDO: Nombre Maria Marino Varela D.N.I. N° 33775074-1
id. de los padres Jose - Manuela
Naturaleza Mexica Provincia Cauca
Día, mes y año de nacimiento 7-4-1934
Profesión Bastarals Estado Salvador Domicilio Cauca -

Fallecimiento: Fecha: 15:15 horas del día 14 de enero de 2024
Domicilio H. clínic
Cementerio San Julian de Bastarals Ayunt.º Buñol

Cónyuge: | Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. (.....) D.N.I.

domiciliado en

D/ña. Maria Marino Varela L. SEÑOR R

falleció en Cauca - Bastarals en el día de 14-1-2024 a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos ~~Rosa y Marino Varela~~ Teresa, Marina Ct), Rosa
Marino Varela

Hijos políticos José Angueira Ct), Francisco Manuel y José
Manuel Gómez

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

Nietos Si Tataranieta Si y demás familia

Bisnietos Si Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales Juan 15:45

en la iglesia de San Julian de Bastarals

CASA MORTUORIA: Apóstol 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

MARINO

VARELA

MARIA

F **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
07 04 1934

ASR174106

VALIDEZ / VALIDADEZ
01 01 9999

MVM

DNI NUM.
33175014K

Marela Marino



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
 ARZUA
 PROVINCIA-PAIS / PROVINCIA-PAIS
 A CORUÑA
 NOMBRE DE PERSONA DE
 JOSE / MANUELA
 DISTRITO / DISTRITO
 LGAR. CAXUSA BASTAVALES 1
 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
 BRION
 PROVINCIA-PAIS / PROVINCIA-PAIS
 A CORUÑA
 EQUIPO: EQUIPO
 15771L6D1
 IDESPASR174106633175014K<<<<<<<
 3404078F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<2
 MARINO<VARELA<<MARIA<<<<<<<<<<<<

ESPAÑA 		DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	
			
	APELLIDOS / APELIDOS		
	MARIÑO VARELA		
	NOMBRES / NOME		
	MARIA ROSA		
	EDAD / EDGE	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	
F	ESP		
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO			
11 11 1963			
SEX / SEPT		VALIDEZ / VALIDADE	
BAT156670		11 02 2026	
		847872	
DNI 33269404L			

LEON. EL RAPEDRINA 85

BUGALLIDO
ARES
A CORUNA

Lugar de nacimiento / Lugar de nacimiento
BRION
A CORUÑA

NOMBRE DE / PRIMER NOMBRE
JOSE / MARIA

IDESPBAT156670733269404L<<<<<<
6311113F2602110ESP<<<<<<<<<<2
MARINO<VARELA<<MARIA<ROSA<<<<<



https://certificados.cgcom.es

5KS7JQH91E

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105448326

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ALBA MATA OJEROS

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

A CORUÑA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

, con el número
co número

Colegio actual

Colegio actual

Nº de colegiado/a

Nº de colexiado/a

151513549

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA

1º Apellido del fallecido/a:

MARINO

2º Apellido del fallecido/a:

VARELA

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 04
Día 04

Mes 04
Mes 04

Año 1934
Año 1934

Sexo:
Sexo:

Varón ☐
Varón

Mujer ☒
Müller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:
Número:

33175014-K

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:
Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

16:15

Día 14
Día 14

Mes 01
Mes 01

Año 2024
Año 2024

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular
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 instrucción na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FRACASO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) NEUMONÍA IZQUIERDA ASPIRATIVA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

INSUFICIENCIA CARDÍACA

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

Si/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/Si ☐ 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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐

Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐

Continúa al reverso
Continúa ao reverso



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/de los asiento/s solicitado/s que se transcriben en los siguientes párrafos, según resulta/n de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asiento/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: **1705316424851**

Fecha Inscripción Registro Electrónico de Seguridad: **15/01/2024 12:00**

Código personal del registro individual del inscrito: **3LOADAICE00033175014K**

DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: **MARÍA** (7-6) Primer apellido: **MARIÑO** (7-6) Segundo apellido: **VARELA**, (8-6-1) Hijo/a de **JOSÉ** (8-6-2) y de **MANUELA**, (3-4-1) Sexo: **MUJER** (4-1) Estado: **SOLTERO/A** (6-1) Nacionalidad: **ESPAÑA** Tipo de documento acreditativo de identidad: **DNI**, número: **33175014K**.

(2-4-2) Nacido/a en: **ARZÚA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Fecha: **07/04/1934**

(2-1-2) Domicilio último: **LUGAR CAXUSA 1, BASTA VALES** (2-1-3-2) Lugar: **BRIÓN** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA..**

La inscripción se practica en virtud de: **DECLARACIÓN** realizada por **JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ** con Tipo de documento de identidad: **DNI** y número de identificación: **33200436M** según consta en el expediente nº **20240115/007280** del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **16:15** (9-9) Día: **14/01/2024** (2-6) Lugar: **HOSPITAL CLÍNICO** Población: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA.**

El enterramiento será en: **SAN JULIÁN DE BASTA VALES** (2-1-3-2) Población: **BRIÓN** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA.**

DATOS DE FIRMANTE:

Nombre y Apellidos: **Eva Bernardez Pereiras**

En calidad de: **ENCARGADO**

Fecha de firma: **15/01/2024 12:00**

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.



