

309

PAGADO **PAGADO** **PAGADO**

Centro FV. 11 de mayo 7500 efectivo

Centro FV. 11 de mayo 7480 efectivo

.....

Teléfonos: 607808972-Jose E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1 Barros Medida 1,90	
Capilla ardiente	Colo-2 Sala Prep. Si Libro KSi	
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUVW	
Carroza traslado	Donacilio-Tamatoño	
	Vienes Prensa No	
	Radio X veces Viernes	
	Recordatorios fúnebres/tarjetas X Si	
Ómnibus acompañamiento	No	
Turismo	15:45h id. Recoger en Iglesia	
Certificado médico	X Si Registro Civil: Teo	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	San Juan de Colo X Rojo	
Iglesia	San Juan de Colo X Patrocinato	
Incineración	Urna: X Sacristan — 60 ⁰⁰	
Presencia	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	Si X Suso Luov Funeral: X Joseph	
Flores	1 Carana R. Rojas "Tus hijos, e hijos políticos" X 1 Carana R. Blancas "Tus nietos, bisnietos y tataranietos" X	
	140 (75830)	
	Cintas en gallego	
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☐ Acondicionamiento
		☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre CELIA BALEIRON BANDIN D.N.I. Nº 33071953T
id. de los padres JOSE Y MARIA
Naturaleza PAORON Provincia A CORUNA
Día, mes y año de nacimiento 13-12-1922
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Igar Sollans Cab N183

Fallecimiento: Fecha: 14:00 horas del día 11 de Abril de 2024
Domicilio SOLLANS, 153 - CNO - TEO
Cementerio San Juan de Colo Ayunt.º Teo

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. MARIA DEL CARMEN TORRE BALEIRON (WESA) D.N.I. 33198526 G
domiciliado en SOLLANS, 153 - CNO - TEO

LA SEÑORA

D/ña. Celia Baleirón Bandin
(Viuda de Jose Jorge Guldrys) (Veciña de Sollans)

falleció en _____ en el día de 11/4/2024 a los 101 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Fernando Manolo, Lola, Mari Carmen, José, Magdalena, Hortensia, Suso, Adilia, Mercedes y Antonio Jorge Baleirón

Hijos políticos Manuel, Elvira, Juan Jose, Teresa, Jose Manuel (+), Arturo, Aurelio, Mancho e Maribel

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos No (En gallego)

Hermanos políticos No

Tataranietos: Si

Nietos Si Bisnietos Si 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



NOMBRE
CELIA
PRIMER APELLIDO
BALEIRON
SEGUNDO APELLIDO
BANDIN

Celia Baleiro

EXPED. 14-04-1999 VAL. PERMANENTE

33071953-T

Ministerio del Interior

NACIÓ EN	PADRON
PROVINCIA	A CORUÑA
MUJO/A DE	JOSE y MARIA
DOMICILIO	LUGAR SOLLA
LOCALIDAD	TEO
PROVINCIA	A CORUÑA

EL 13-12-1922

SEXO M

EQUIPO 15771L6D1

IDESP33071953T4<<<<<<<<<<<<
2212131F9912315ESP<<<<<<<<<4
BALEIRON<BANDIN<<CELIA<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS

**JORGE
BALEIRON**

NOMBRE / NOME

MARIA DEL CARMEN

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F	ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO

29 03 1948

NUM REPORT EFS163022 VALIDEZ / VALIDEZ 05 12 2027

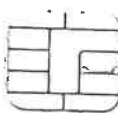
NUM REPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BFS163022 05 12 2027

DNI 33198526G

880640

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SOLLANS

153
CALO
TEO
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
CALO
TEO
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / CELIA

IDESPBF5163022633198526G<<<<<
4803298F2712055ESP<<<<<<<<<5
JORGE<BALEIRON<<MARIA<DEL<CARM

SOLICITANTE (HIJA)



https://certificados.cgcom.es

GSSHYLOQOZ

Id. electrónico/Ide. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105441626

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía; colegiado/a en
en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Amelio Manuel Nardis

A Gure

, con el número

co número

COMPLEJO HOSPITALAR DE SAN JUAN

1058255

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

Colegio actual

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 13

Mes 12

Año 2022

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Sexo:

Varón ☐Muller ☒Documento
de identidad:☐ D.N.I.
☐ D.N.I.Número:
Número:

77071952-7

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ PasaporteNúmero:
Número:Documento
de identidad:☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

14:00

Día 11

Día 11

Mes 04

Mes 04

Año 2024

Año 2024

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

TEO

Domicilio particular ☒Centro hospitalario ☐Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) BRONQUITIS AGUDA

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DIABETES MELLITUS 2

Horas
Días
Meses
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵TIROIDITIS AUTOINMUNE
HIPOTIROIDISMO PRIMARIAHoras
Días
Meses
Años

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

Sí/Si ☐No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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 de tráficoSí/Si ☐Accidente laboral No/Non ☒
Accidente laboralSí/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐Mes ☐Año ☐Mes ☐Año ☐Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 TEO, a 11 de Abril de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

358255
DRAURELIO MARTIS
SUÍDO 03/11/2015

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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 dizer, 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CELIA BALEIRÓN BANDÍN, con documento identificativo DNI 33071953T, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de de 11 de abril de 2024, a las 14:00 horas, acaecida en Teo.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 12 de abril de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/04/2024 13:04

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:FSGt-mgaP-FjSh-44uX

