

OTROS CONCEPTOS

entro 24 cos... **PAGADO** **Albino y familia** **TPV** **54721 1207** **608.375.923 Teresa**

nro 18 **PAGADO** **"Efectivo"**

nro 18 **PAGADO** **Colo "Efectivo"**

entro mod 1: **PAGADO** **Rodriguez Scaone** **63774855 32m**

815152762 **PAGADO** **Rodriguez Scaone** **63774855 32m**

Logan La Scaone s/n - Maurea **Fra. 1119**

15893 San Pago **cargas trspgnal con**

entro modelo 1: **PAGADO** **Uiles** **TPV**

entro 188.B: **PAGADO** **60010 88 efectivo**

entro EV.1.B: **PAGADO** **Manolo 75 efectivo**

entro: **Residencia O Centro**

Propiedad **Arturo Gomer Barid**

X → **Enterrado q aqui (libre)**

6596.0030. 6098.1602.9805. 2273

FALLECIDO: Arturo Gomer Barid
Fecha de fallecimiento 26 Agosto-2024
Domicilio Residencia O Centro- Colo
Teléfonos: 669955033-Beyana (E-mail: 1836536)

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	190
Capilla ardiente	Colo-2	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☒ Tramitación UUV	Si
Carroza traslado	Residencia-Tanatorio		
Prensa	No		
Radio	Ver (Lunes) y Ver (Martes)		41/57/41/57
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Si		
Ómnibus acompañamiento	No		
Turismo	id.	Derechos patronato	2480
Certificado médico	Si	Registro Civil:	Teo
Carroza		Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Colo	Rapo	Patronato 80
Iglesia	San Juan de Colo	Sacristan	60
Incineración		Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino:	60
Cantores	Si Ruso huo	Funeral:	Joseph 17310 140
Flores	1 Colona 40 R. Blancas "Sin Cinta"		140
	1 Colona 40 R. Blancas "Sin Cinta"		140
		Escuela Iglesia y Cementerio	

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Arturo Gomez Barral D.N.I. Nº 33053504-C
id. de los padres Francisco y Dolores
Naturaleza SANTAGO Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 6-Junio-1932
Profesión _____ Estado Viudo Domicilio Rua Casallera N-5
Fixo-Colo-Teo

Fallecimiento: Fecha: 05:30 horas del día 26 de Agosto de 2024
Domicilio Residencia O Castro - Colo
Cementerio San Juan de Colo Ayunt.º Teo

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

EL SEÑOR (Gallego)

D/ña. Arturo Gomez Barral
(Viudo de Dolores Varquez RioSoo) (Vecino de Casallera-Colo)

falleció en _____ en el día de 26-8-2024 a los 92 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Arturo, Begoña Gomez Varquez

Hijos políticos Bassem Barkaoui

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

Arturo Gomez Colva

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ 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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

GOMEZ
 SECONDARY AFFILIATION - EDUCATION AFFILIATION
 BARRAL
 ARTURO
 M ESP
 06 06 1932
 IDESP
 ALJ181444
 01 01 1999

2. SANTIAGO DE COMPOSTELA
 2. SANTIAGO DE COMPOSTELA
 A CORUÑA
 FRANCISCO / DOLORES
 LGAR. A CASALLEIRA 70
 FIXO
 TEO
 A CORUÑA

15771L6D1

IDESPALJ181444833053504C<<<<<<
3206065M9901018ESP<<<<<<<<<7
GOMEZ<BARRAL<<ARTURO<<<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA

DOCUMENT CONTAINS IDENTIFIERS



APELLIDOS / APELLIDOS
 GOMEZ
 VAZQUEZ
 NOMBRE / NOME
 MARIA BEGOÑA
 SEXO / SEXO
 F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
 13 09 1968
 NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
 BIV121687 18 01 2029

DNI 33294889C

026432

DOMICILIO / DOMICILIO

RUA. CASCALEIRA 5
FIXO
TEO
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
TEO
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
ARTURO ANTONIO / DOLORES

IDESPBIV121687933294889C<<<<<
6809135F2901189ESP<<<<<<<<<8
GOMEZ<VAZQUEZ<<MARIA<BEGONA<<<

SOLICITANTE (HIJA)


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105593340

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio de

Colegio de

con el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151502958

1ª colegiación
1ª colegiación
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:

2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:Documento
de identidade:☒

D.N.I.

D.N.I.

☐

Pasaporte

Pasaporte

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de trabajoOtro 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) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) TRASTORNO ALIMENTARIO

Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

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
Accidente de tráfico

No/Non

Sí/Sí

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non

Sí/Sí

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem 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 Palo Teo, a 26 de Agosto de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

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

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

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
Horas Días Meses Años

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. 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 Imediata** 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 Defunción.

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 transcorrido 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 dizer, 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

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
5. 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.



Núm. expediente: **20240827/007937**

Materia e procedemento: **Inscripción de Defunción No Judicial (Caso Muerte Natural)**

Oficina tramitadora: **OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE TEO**

LICENZA DE ENTERRAMENTO

D./D.^a MARÍA MANUELA GARCÍA JALÓN DE LA LAMA

En Teo, o **27 de agosto** de **2024**.

Acreditada a defunción de D./D.^a **ARTURO GÓMEZ BARRAL**, con Documento Identificativo DNI/Pasaporte/Outro núm. **33.053.504-C**, con último domicilio coñecido en **Rúa Cascalleira, 5, Fixó, Calo, Teo** segundo a certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **26 de agosto de 2024** ás **05:30** horas, ocorrida en **TEO (A CORUÑA)**.

CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para DAR SEPULTURA/INCINERAR o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran doce horas desde a do falecemento.



