

OTROS CONCEPTOS

T.P.V.

PAGADO

20 24 R.Rosas: Tus Hermanos ARIURO, HORACIO Y ROBERTO Y SOBRINOS

otro mod 2: Amigos **PAGADO** Vicente web

Momel Oturo Fandino

1 Aumento inscripciones - (350) — 468

1 Nueva (420) — 468

1 Polido — 60 **9011**

FALLECIDO: JAVIER ERNESTO CECI ALZANO

Fecha de fallecimiento 5-NOVIEMBRE-2024

Domicilio Hospital Clinico

Teléfonos: 626546449 (Juan) E-mail: juanderosamora@yahoo.es

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	201	Medida 1'90
Capilla ardiente	TOTAL	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Hospital-Tanatorio	
MIERCOLES	Conce 123	
1645	Prensa	
Radio	Pc-Dorson	Inscripciones y Polido — 996
Recordatorios funebres / tarjetas	—	
Ómnibus acompañamiento	—	
Turismo	di/casa Juan en casa	
Certificado médico	di	Registro Civil: di
Carroza	di	Personal
Ayud.º: Sepultura	Pantheon 35 RAB	2 lapidas →
Iglesia	Capilla Compleja	
Incineración	—	Urna:
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	—	Funeral: Juan Ventura
Flóres	Centro Variado (blanco) TV Epoca e Hijos	60 (89504)
	(curma caja)	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre JAVIER ERNESTO CELI ALZADORA D.N.I. Nº 33.262.283-M.
id. de los padres JUAN JOSÉ / ROSA LEONOR
Naturaleza PIURA / PERÚ Provincia _____
Día, mes y año de nacimiento 11 - JUNIO - 1947
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio AVDA DE LA
HABANA, Nº 32. 1º Itga. OURENSE
Fallecimiento: Fecha: 17:30 horas del día 5 de NOVIEMBRE de 20 24
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio _____ Ayunt.º _____

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



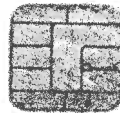
DNI 33262283M

APELLIDOS / APELLIDOS
CELI
ALZAMORA
NOMBRE / NOME
JAVIER ERNESTO
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
11 06 1947
NUM SOPORTE
BJA107908
VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

039808

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CAMILO JOSE CELA 5 P01
BANDEIRA
SILLED
PONTEVEDRA

15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
PIURA
PERU

HIJOS DE / FILLOS DE
JUAN JOSE / ROSA LEONOR

IDESPBJA107908933262283M<<<<<<<
4706115M9901018ESP<<<<<<<<<<<<7
CELI<ALZAMORA<<JAVIER<ERNESTO<

FALLECIDO

ES REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33214306Y

APELLIDOS / APELLIDOS
OTERO
SUAREZ
NOMBRE / NOME
MARIA TERESA
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO
03 12 1951
EMISIÓN / EMISSÃO
16 05 2023
VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999
NUM SOPORTE
CFE181589

657216

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CAMILO JOSE CELA 5 P01
BANDEIRA
SILLED
PONTEVEDRA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJOS DE / FILLOS DE
MANUEL / JOANA

IDESPCFE181589333214306Y<<<<<<<
5112036F9901018ESP<<<<<<<<<<<<4
OTERO<SUAREZ<<MARIA<TERESA<<<<

SOLICITANTE

¿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 5 de Noviembre de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

Bruce

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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 excluyentes, é decir, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
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, anotaranse 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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: Diabetes

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

Otras recomendacións

- 1.Emplegar 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JAVIER ERNESTO CELI ALZAMORA , con documento identificativo DNI, 33262283M según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 05 DE NOVIEMBRE DE 2024 a las 17:30 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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 06 de NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
06/11/2024 11:22

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:UUHu-yCzU-j2tW-PWbc

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33215293G

OTERO
SUAREZ
JUAN MANUEL

SEXO / SEXO: M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP NACIMIENTO / NACIMENTO: 18 08 1953

EMISIÓN / EMISIÓN: 06 11 2023 VALIDEZ / VALIDEZ: 01 01 9999

NUM SOPORTE: CG0159552

163392

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
C. TOURO 15 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJOA DE / FILLOA DE
MANUEL / JUANA

IDESPCG0159552933215293G<<<<<<
5308181M9901018ESP<<<<<<<<<<<8
OTERO<SUAREZ<<JUAN<MANUEL<<<<<<

COHEREDEIRO (NETO)

