

# OTROS CONCEPTOS

Busco 18 RB. Compañeros de Cacho a web

PAGADO

5/04

FALLECIDO: Manuel Beade Serrano

Fecha de fallecimiento 15-1-2025

Domicilio Alceda - Vidille

Teléfonos: 677439362

E-mail:

| CONCEPTOS                         |                                                         | Servicio prestado                        |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Arca modelo                       | C1                                                      | Medida 1.90                              |
| Capilla ardiente                  | Beta-2                                                  | Sí Libro Sí                              |
| Gestión funeraria                 | <del>Sí</del>                                           | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV |
| Carroza traslado                  | <del>Domicilio - Tanatorio</del>                        |                                          |
|                                   | <del>Carrozo - 3</del> (x Bus)                          |                                          |
| Prensa                            | <del>Reparto Esqueles - GOC</del>                       |                                          |
| Radio                             | <del>Budres y Viernan</del>                             |                                          |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas | <del>100</del>                                          |                                          |
| Ómnibus acompañamiento            | <del>no.</del>                                          |                                          |
| Turismo                           | id. TAXI CURA                                           |                                          |
| Certificado médico                | <del>Sí</del>                                           | Registro Civil: <del>Roán</del>          |
| Carroza                           |                                                         | Personal                                 |
| Ayunt.º: Sepultura                | Buñón                                                   | <del>Pineiro (Agrado)</del>              |
| Iglesia                           | Santa uª don antela                                     |                                          |
| Incineración                      |                                                         | Urna:                                    |
| Presencian                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Destino                                  |
| Cantores                          | <del>ANA</del>                                          | Funeral: 1 + 2                           |
| Floras                            | <del>1 Cacho: Hijo</del>                                |                                          |
|                                   | <del>1 Cacho: Hijo, politica</del>                      |                                          |
|                                   | <del>1 Cacho: Hijo</del>                                |                                          |
|                                   | <del>1 Cacho 200.00000 E. Cacho (Sociedad)</del>        |                                          |

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Manuel Beade Senaris D.N.I. N° 32564041C  
id. de los padres Manuel. Maria  
Naturaleza Baion Provincia Coum  
Día, mes y año de nacimiento 3-3-1937  
Profesión ..... Estado viuda Domicilio Macedo-Vindille

Fallecimiento: Fecha: 22:00 horas del día 15 de enero de 2025  
Domicilio Macedo - Vindille  
Cementerio Santa u<sup>a</sup> don anxela Ayunt.º Baion

Cónyuge: ..... Nombre .....

LIBRO DE FAMILIA ..... Tomo ..... ; Página .....

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

domiciliado en .....

D/ña. Manuel Beade Senaris L SEÑOR  
Cuido de Serafina Perez (nochurnas)

falleció en Gundin - Anxela en el día de 15-1-2025 a los 87 años

confortado con los Auxilios Espirituales .....

Su esposo/a .....

Hijos Maria, Manuel, e Indalecio Beade Perez.

Hijos políticos Ramon Garcia, Diana Falecia, Margaral Queiroga  
Nieto: Alberto, Louia, Emael, Patricia

Padres .....

Abuelos .....

Padres políticos .....

Hermanos Don Domingos y Antonio Beade Senaris

Hermanos políticos Si

Nietos ..... Bisnietos ..... Tios ..... Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción .....

Funerales Libres

en la iglesia de Santa u<sup>a</sup> de antela

CASA MORTUORIA: hospital 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO .....

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

**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

**ESPAÑA**

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO  
**BEADE**

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO  
**SEÑORIS**

NOMBRE / NOME  
**MANUEL**

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
**M ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO  
**03 03 1937**

IDEMP  
**AAY199450**

VALIDO HASTA / VALIDO ATA  
**01 01 9999**

**BSM**

**DNI NÚM**  
**32564041C**

*Manuel Beade Senoris*

**ESPAÑA**



PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAÍS  
**BRION**

PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAÍS  
**A CORUÑA**

PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAÍS  
**MANUEL / MARIA**

PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAÍS  
**LGAR. GUNDIN-ANGELES 13**

PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAÍS  
**BRION**

PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAÍS  
**A CORUÑA**

PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAÍS  
**15771L6D1**

**IDESPAAY199450032564041C<<<<<<**  
**3703036M9901018ESP<<<<<<<<<<3**  
**BEADE<SEÑORIS<<MANUEL<<<<<<<<<**

FALLECIDO

**REINO DE ESPAÑA**

**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

**DNI 33284005S**

APELLIDOS / APELIDOS  
**BEADE PEREZ**

NOMBRE / NOME  
**MANUEL**

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
**ESP**

NACIMIENTO / NACEMENTO  
**29 12 1968**

VALIDEZ / VALIDEZ  
**01 06 2034**

NUM SOPORT  
**CHZ158 190**

**045696**

**NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE**



**DOMICILIO / DOMICILIO**  
**LGAR. MACEDOS 7**

**URDILDE**

**ROIS**

**A CORUÑA**

**LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO**  
**SANTIAGO DE COMPOSTELA**

**A CORUÑA**

**HUO / FILLOA DE**  
**MANUEL / SERAFINA**

**15771L6D1**

**IDESPCHZ158390833284005S<<<<<<**  
**6812296M3406016ESP<<<<<<<<<<7**  
**BEADE<PEREZ<<MANUEL<<<<<<<<<**

SOLICITANTE





CLASE 3ª SERIE A  
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Antonia L<sup>o</sup> de la Torre Campm  
D. / Dña. Campm  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Campm  
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Campm  
y con ejercicio profesional en Campm  
e con ejercicio profesional en Campm

con el número  
co número

Colegio actual  
Colexio actual  
Nº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a  
3842  
Nº de colegiación  
Nº de colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MANUEL

1º Apellido del fallecido/a: BEADE

2º Apellido del fallecido/a: JENOLIS

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 03 Año 1937

Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Documento de Identidad: ☒ D.N.I. Número: 32564041-C

☐ Pasaporte Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 22:00 Día 15 Mes 04 Año 2025

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

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 aproximado?

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) PANO CARDIACO

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) DETERIORO GENERAL

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(c) ADENOCARCINOMA PROSTATAS

Debido a/Debido a

Otros procesos / Outros procesos

(d) ACCIDENTE VASCULAR Cerebral

Debido a/Debido a

¿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

Continúa al reverso / Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

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

01



¿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

6859172

DR. ANTONIO MARÍA  
DE LA TORRE CAMPOS

En  
En

2013

a 15 de  
a de

Enero

de 2025  
de de

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

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 3 00 00 00  
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 00 00 00 02  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 02  
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 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 01

#### 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.

Mod. CMD-BED-G

### 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 Defunção**.

**Causa básica de defunción:** "Enfermedad 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 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 3 00 00 00  
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 00 00 00 02  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 02  
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

Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 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 Anos 05

#### Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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.

02



**LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN**  
**OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE ROIS**  
**EXPEDIENTE Nº 20250116/015440 SOBRE DEFUNCIÓN.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/D<sup>a</sup> MANUEL BEADE SEÑORIS con Documento Identificativo DNI y Nº 32564041C, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 15 de ENERO de 2025, a las 22:00 horas, acaecida en DOMICILIO ;  
**SE CONCEDE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas desde el fallecimiento.

En Rois a 16 de ENERO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
16/01/2025 12:54

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:m9SA-NT&c-kfWk-MZ43

