

OTROS CONCEPTOS

194 FALLECIDO: JOSÉ MANUEL BEIROA LAMAS UGB SF-10
 Fecha de fallecimiento 5 - FEBRERO - 2025 ST-21
 Domicilio H. CLÍNICO - SANTIAGO
 Teléfonos: 659.372.765 (Obdela) E-mail: 629.84.0229 (Aída)

CONCEPTOS		Servicio prest.
Arca modelo <u>Redonda</u>	Medida <u>C-1</u>	<u>575'28</u>
Capilla ardiente <u>BERTAMIRANS 1</u>	Sala Prep. <u>3</u> Libro <u>3</u>	<u>450 54 16</u>
Gestión funeraria <u>Si</u>	☐ Tramitación UUVV	<u>146</u>
Carroza traslado <u>HOSPITAL - TANATORIO</u>		
Prensa <u>1600</u>	<u>TERREO N°3 (Jueves)</u>	<u>375</u>
Radio <u>NO</u>	<u>1 BOLSA RESTOS →</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>1</u>	<u>Villaverde 607.602.087</u>	<u>(As Rios)</u>
Turismo <u>Flaneta id Recogida 1545 en Iglesia de Oporto</u>		
Certificado médico <u>Si</u>	Registro Civil: <u>SANTIAGO</u>	<u>3</u>
Carroza <u>Si</u>	Personal <u>Si</u>	<u>158 12</u>
Ayunt.º: Sepultura <u>BOISACA 9321</u>		
Iglesia <u>SAN JUAN DE OPORTO</u>		
Incineración	Urna: <u>CAMPANERO (Avisa Gira)</u>	<u>70</u>
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	<u>70</u>
Cantores <u>CELISA</u>	Funeral: <u>DORELLE 96444</u>	<u>1+2 143</u>
Flores <u>GRANA ROSAS ROJAS - TU ESPOSA</u>		<u>143</u>
<u>BLANCAS - TU HIJA E HIJO POLITICO</u>		<u>143</u>
<u>CENTRO 18 " : TU NIETO</u>		<u>80</u>
<u>(ENCIMA CATA)</u>		
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario	<u>Litales en Alcor</u>	<u>23 7350</u>
<u>ESQUELA EN PORTAL (Si)</u>		<u>670</u>

FALLECIDO:

Nombre José Manuel Beirao Lahas D.N.I. Nº 33217809 J
 id. de los padres José y Carmen
 Naturalza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
 Día, mes y año de nacimiento 7 - Enero - 1953
 Profesión Estado CASADO Domicilio Auda Maña, 71-3º S
BERGAMÍN - ARES

Fallecimiento:

Fecha: 7³⁰ horas del día 5 de FEBRERO de 2025
 Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
 Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge:

Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
 DECLARANTE D. OBDOLIA CALVO ARENEIRO (ESPOSA) D.N.I. 33215417 J
 domiciliado en EL NISTO

D/ña. José Manuel Beirao Lahas ~~SEÑOR~~ (Vieano de Bergamín Auda)

falleció en en el día de 5/2/2025 a los 72 años
 confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Obdolia Calvo Areneiro
 Hijos ÁNGELA BEIRAO CALVO

Hijos políticos Luis Xigero Abilleira

Padres Nieto: Alejandro Xigero Beirao;

Abuelos

Padres políticos Alfredo: Ismael Gótese Pantoja;

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

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

Se le da traslado a la Iglesia y Cementerio.



P03 S
 BERTAMIRANS
 AMES
 A CORUNA
 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE DESTINO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 A CORUNA
 MADRE / FILLA DE
 JOSE / CARMEN

233600

IDESPBOw115233233217809J<<<<<<<<
5301078M3106084ESP<<<<<<<<<<8
BEIROA<LAMAS<<JOSE<MANUEL<<<<<<

fillos de / fillos de
JOSE / CARMEN



1 POS S
BERTAIRANS
AMES
A CORUBA
LUBIA DE MACEIRITO / LUBIA DE MACEIRITO
SANTINGO DE COMPOSTELA
A CORUBA
MADRID / FELDA DE
JOSE / ANGELA

218304

IDESPBFM191385933215417J<<<<<<<
5401118F2711151ESP<<<<<<<<<<9
CALVO<AMENEIRO<<OBDULIA<<<<<<<

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



Medico
PONTVEDRA
Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

105575788

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. MARTÍN GILÁDEZ MARTÍNEZ
D. / Dña. en Medicina y Cirugía, colegiado/a en en Medicina y Cirugía, colegiado/a en y con ejercicio profesional en e con ejercicio profesional en
A CORUÑA
SANTIAGO DE COMBATELA
, con el número , co número

Colegio actual
Nº de colegiatura
Nº de colegiación
Nº de colegiación

CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICADO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSÉ MANUEL
1º Apellido del fallecido/a: BELLERÍA
1er Apellido del fallecido/a: LAMAS
2º Apellido del fallecido/a: LAMAS

Fecha de nacimiento Dia 07 Mes 01 Año 1953 Sexo: Varón X Mujer
Documento D.N.I. X Pasaporte Número: 33217809-1
Documento de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 07 : 30 Dia 07 Mes 02 Año 2015
Hora e data de defunción
¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMBATELA
Domicilio particular Centro hospitalario X Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Otro lugar
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Otro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na páxina 2) Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) ANOXIA Debido a/Debido a
Horas Dias Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA Debido a/Debido a
Horas Dias Meses Años

Debido a/Debido a

(c) Debido a/Debido a
Horas Dias Meses Años

(d) Debido a/Debido a
Horas Dias Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) MORTALIDAD DEBIDA A Debido a/Debido a
Horas Dias Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

BACTERIEMIAS FIEBRE ENFERMEDADES Debido a/Debido a
Horas Dias Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?
Si/Sí No/Non Si/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 No/Non X Accidente laboral No/Non X Fecha del mismo: Día Mes Año
Accidente de tráfico Si/Sí Accidente laboral Si/Sí Data do mesmo: Día 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?/Possibilidade de incineração

Si/ Si ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapassos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En SANTIAGO, a 05 de 02 de 2025

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 periodo 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 anota 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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

Otras recomendaciones

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Años

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 previstos para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa imediata** e se remate coa **causa inicial ou fundamental**, é dicir, 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 dicir, hai que expresar o periodo 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 produciu a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotáranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

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

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, fíxase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

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

Otras recomendacións

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Años

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, sepárelas claramente por comas.

5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstos para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.

☐ ☐

02



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ MANUEL BEIROA LAMAS , con documento identificativo DNI, 33217809J según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 05 DE FEBRERO DE 2025 a las 07:30 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 05 DE FEBRERO DE 2025 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
05/02/2025 10:56

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comproba-cion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:Bq86-7uG5-gHdD-9YzU

