

# OTROS CONCEPTOS

mona R.40 Rojo. Tu hno Marcelino y familia.

FALLECIDO: Mané Condi Gando Cweb SF 17  
3-3-2025 SF 31  
 Fecha de fallecimiento  
 Domicilio Chave de Carallo 11. Bastarola  
 Teléfonos: 68524463 E-mail: noel.bastarola@gmail.com

| CONCEPTOS                                                                                                                                         |                                                         | Servicio prestado                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Arca modelo                                                                                                                                       | <u>CU</u>                                               | Medida <u>1'90</u>                       |
| Capilla ardiente                                                                                                                                  | <u>T Bada 2</u>                                         | Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u>     |
| Gestión funeraria                                                                                                                                 | <u>Si</u>                                               | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV |
| Carroza traslado                                                                                                                                  | <u>Domicilio-Tandaro</u>                                |                                          |
|                                                                                                                                                   | <u>Harkes</u>                                           | <u>Reparto Harkes</u>                    |
| Prensa                                                                                                                                            |                                                         |                                          |
| Radio                                                                                                                                             | <u>10:30</u>                                            | <u>X Radio</u>                           |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas                                                                                                                 |                                                         | <u>X 100</u>                             |
| Ómnibus acompañamiento                                                                                                                            |                                                         |                                          |
| Turismo                                                                                                                                           | id.                                                     |                                          |
| Certificado médico                                                                                                                                | <u>Si</u>                                               | Registro Civil: <u>Buon</u>              |
| Carroza                                                                                                                                           | Personal                                                |                                          |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                                                                                | <u>Buon</u>                                             | <u>X Pinelo</u>                          |
| Iglesia                                                                                                                                           | <u>San Juan de Bastarola</u>                            |                                          |
| Incineración                                                                                                                                      | Urna:                                                   |                                          |
| Presencian                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Destino <u>Piso 98392</u>                |
| Cantores                                                                                                                                          | <u>X Ana</u>                                            | Funeral: <u>X 110</u>                    |
| Flóres                                                                                                                                            | <u>X 100: 110 e 110 policias</u>                        |                                          |
|                                                                                                                                                   | <u>100: 110 y 110 policias</u>                          |                                          |
|                                                                                                                                                   | <u>100: 110</u>                                         |                                          |
| <input type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubrefúntos <input type="checkbox"/> Acondicionamiento <input type="checkbox"/> Rosario |                                                         |                                          |

FALLECIDO: Nombre Maria Conde Gando D.N.I. N° 331609082  
id. de los padres Francisco y M<sup>a</sup> Alfayida  
Naturaleza Ames Provincia Cauces  
Día, mes y año de nacimiento 2-6-1934  
Profesión Carbello 12. Bastarales Estado viuda Domicilio Chave de  
Fecha: \_\_\_\_\_ horas del día 3 de Marzo de 2025  
Fallecimiento: Domicilio Chave de Carbello 12. Bastarales  
Cementerio San Julian de Bastarales Ayunt.º Buñ

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) D.N.I. \_\_\_\_\_  
domiciliado en \_\_\_\_\_

D/ña. Maria Conde Gando L SEÑOR  
Cuñada de Papito Romero  
falleció en Chave de Carbello- Bastarales en el día de 3-3-2025 a los 90 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a \_\_\_\_\_  
Hijos Federico, Rosa, Tini y Mary Romero Conde

Hijos políticos Carlos Castro, Cristofal Ruiz  
hijos: Oscar, Pablo, Sandra, Carolina, Aaron, Simon, Hugo  
y Verónica  
Padres \_\_\_\_\_  
Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos \_\_\_\_\_  
Hermanos Marcelino Conde Gando Cuñada de Maria del Carmen  
Gonzalez  
Hermanos políticos \_\_\_\_\_

Nietos peñitas Bisnietos Si Tios \_\_\_\_\_ Sobrinos Si Primos Si  
y demás familia.- Conducción \_\_\_\_\_

Funerales Marzo 10:30  
en la iglesia de San Julian de Bastarales  
CASA MORTUORIA: apostol. 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  
**CONDE**

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO  
**GARRIDO**

NOMBRE / NOME  
**MARIA**

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
**F ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO  
**02 06 1934**

IDESP  
**ALZ110285**

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

**CGM**

*Maria Conde*

DNI NÚM.  
**33160908Z**



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO  
**AMES**

PROVINCIA / PAÍS / PROVINCIA PAIS  
**A CORUÑA**

HIJO DE / FILHO DE  
**FRANCISCO / MARIA AFLIGIDA**

DOMICILIO / DOMICILIO  
**LGAR BASTAVALES CHAVE CARBALLO 12**

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO  
**BRION**

PROVINCIA / PAÍS / PROVINCIA PAIS  
**A CORUÑA**

EQUIPO / EQUIPO  
**15771L6D1**

IDESPALZ110285133160908Z<<<<<<<  
3406027F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<1  
CONDE<GARRIDO<<MARIA<<<<<<<<<<<<<

FALLECIDA

**REINO DE ESPAÑA**

**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

DNI **33289339J**

APELLIDOS / APELIDOS  
**ROMERO**

CONDE

NOMBRE / NOME  
**TRINIDAD**

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
**F ESP**

NACIMIENTO / NACIMENTO  
**15 11 1969**

EMISIÓN / EMISSÃO VALIDEZ / VALIDEZ  
**15 11 2023 15 11 2033**

NUM SOPORTE  
**CGR181296**

*Trinidad*

**280384**

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO / DOMICILIO  
**ALDEA, CHAVE DE CARBALLO 12**

BASTAVALES

BRION

A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO  
**BASTAVALES**

BRION

A CORUÑA

HIJO DE / FILHO DE  
**BENITO / MARIA**

EQUIPO / EQUIPO  
**15771L6D1**

IDESPCGR181296833289339J<<<<<<<  
6911155F3311156ESP<<<<<<<<<<<<<9  
ROMERO<CONDE<<TRINIDAD<<<<<<<<<<<<<

DECLARANTE (HIJA)



OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

**CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**  
**CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**

105525135

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Catmbo

D/Dña.  
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

Colegio nº  
Colegio nº

Nº de registro  
Nº de registro

con el número  
co número

Indicador de  
Indicador de

**CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de**

Nombre del fallecido/a:

Nombre del fallecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido del fallecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nascimento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Mujer

Documento

de identidad:

Documento

de identidad:

D.N.I.

D.N.I.

Pasaporte

Pasaporte

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunção

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 particular

Centro hospitalario  
Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria  
Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo  
Lugar de trabalho

Otro lugar  
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>

I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) PASADA DE CALDOR DE LA TUBERÍA

Horas  
Días  
Meses  
Años

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b)

Debido a/Debido a

Horas  
Días  
Meses  
Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas  
Días  
Meses  
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) SE DETECTA

Horas  
Días  
Meses  
Años

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

Horas  
Días  
Meses  
Años

¿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  
Accidente de tráfico

Accidente laboral  
Accidente laboral

Fecha del mismo:  
Data do mesmo:

Mes  
Mes

Año  
Año

Continúa al reverso  
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

SI/ SI ☐ No/ Não ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/ Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

SI/ SI ☒ No/ Não ☐

Incineración condicionada por/Incineração condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapassos

☐ Tratamiento con isótopos Radioactivos/Tratamento com isótopos radioativos

☐ Existencia de prótesis/Existência de prótese

En Brown a 3 de Jun 2025

Fecha del médico/Assinatura do médico  
ORA. VANESSA GARCIA-CUADRO YOUNG

### 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 | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 4     | 5    |       |      |

#### 2 Causa intermedia:

(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

| Horas | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 3     |      |       |      |

#### 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 anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

| Horas | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 2     |      |       |      |

(c) Pielonefritis crónica

| Horas | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 2     |      |       |      |

#### 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 | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 5     |      |       |      |

#### 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 | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 1     | 0    |       |      |

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, separarse 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 preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se termine com a causa inicial ou fundamental, ou seja, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "devido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tão importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

**Causa básica de defunção:** "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

#### 1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o começo de cada afecção e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I(a) deve ser inferior ou igual a I(b), e este a sua vez inferior ou igual ao I(c) e así sucessivamente.

Estas unidades são mutuamente excluyentes, é dizer, hai que expressar o periodo numha única unidade de tempo e tan só hai que encher uma por processo e linha. Si houver que anotar mais dun processo numha linha, o tempo anotado deve corresponder ao primeiro processo informado (o mais importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite até o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 dias

| Horas | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 4     | 5    |       |      |

#### 2 Causa intermedia:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patológico que produziu a morte directamente. Não se trata de indicar as modalidades da morte, senão a enfermidade, o traumatismo ou a complicação causante do falecimento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

| Horas | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 3     |      |       |      |

#### 3 Causas intermedias:

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algum, que produziu a causa arriba indicada.

Se o estado patológico sinalado na linha (a) foi consequência dun ou mais estados morbosos, anotarase na linha (b) ou nas linhas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensão arterial

| Horas | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 2     |      |       |      |

(c) Pielonefrite crónica

| Horas | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 2     |      |       |      |

#### 4 Causa inicial ou fundamental:

(d) Enfermidade ou lesão que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduziram à morte. Anotarase numha única causa, a que fose desencadeante de todo o processo que levou a defunção. En caso de accidente ou violência, farase unha breve descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

| Horas | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 5     | 0    |       |      |

#### 5 Outros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuíron à morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patológico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

| Horas | Días | MeSES | Años |
|-------|------|-------|------|
| 1     | 0    |       |      |

Otras recomendacións

1 Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2 Evitar abreviaturas e/o siglas.

3 Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.

4 Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, separarse 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 sola e non para establecer orde de causalidade.



**LICENZA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN**  
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE BRIÓN  
EXPEDIENTE NÚM.20250303/022432 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª MARÍA CONDE GARRIDO con Documento Identificativo DNI y N° 33160908Z, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 03 de MARZO de 2025, as --:-- horas, ocurrida en O SEU DOMICILIO;  
CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas desde a do falecemento.

En Brión o 03 de MARZO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
03/03/2025 13:25

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:BGbd-\$g3H-MRFs-yWZh

