

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: *Leandro Esther Mac* *acande S.C.*

Fecha de fallecimiento: *20-4-2025*

Domicilio: *Rue do Caixico nº 3, B.º 11, 11100 Vila Real*

Teléfonos: *655219013* E-mail: *604 49 58 27*

CONCEPTOS	Servicio pre:
Arca modelo	Medida <i>6115c</i>
Capilla ardiente <i>Caixa</i> Sala Prep. Libro	<i>73</i>
Gestión funeraria ☐ Tramitación UUVV	<i>123</i>
Carroza traslado	<i>157</i>
<i>10:00</i> Prensa <i>12:00</i> Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo id.	
Certificado médico <i>SI</i> Registro Civil: <i>Ames</i>	<i>3</i>
Carroza Personal	<i>129's</i>
Ayunt.º: Sepultura <i>Incineración Compleja</i>	
Iglesia	
Incineración Urna:	<i>351</i>
Presencia ☒ SI ☐ NO Destino	<i>9030</i>
Cantores Funeral:	
Flores <i>Fácil 11:30 h.</i>	
☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	<i>3410 3'</i>

19. de los países

Naturalidad: *Paraguay* Fecha: *11-11-1979* Estado: *Paraguay* Domicilio: *Av. del Comercio*

Profesión: *203-84 P. Milledine*

Fecha: *20* de *May* de *2015*

Domicilio: *Rue des Carrières 103, B.P. 111111*

Cementerio: *Francisco de Asís* Ayunt.°: *Sancti Spiritus*

Cónyuge: Nombre: _____

LIBRO DE FAMILIA Tomo: _____; Página: _____

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

domiciliado en _____

D/ña. _____

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

compartado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos / Apellidos: FERNANDEZ
Nombre / Nombre: MOA
Nombres / Nombres: ARACELI
Sexo / Sexo: F
Nacionalidad / Nacionalidad: ESP
Fecha de nacimiento / Fecha de nacimiento: 04 03 1962
Núm. Report / Validity: B1B132357 25 09 2028
DNI: 55043744Y

403776

SOLICITANTE (HUA)

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos / Apellidos: FERNANDEZ
Nombre / Nombre: MOA
Nombres / Nombres: ARACELI
Sexo / Sexo: F
Nacionalidad / Nacionalidad: ESP
Fecha de nacimiento / Fecha de nacimiento: 04 03 1962
Núm. Report / Validity: B1B132357 25 09 2028
DNI: 55043744Y

403776

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos / Apellidos: OGANDO
Nombre / Nombre: MARIA GLORIA ESTHER
Nombres / Nombres: FORCAREY
Sexo / Sexo: F
Nacionalidad / Nacionalidad: ESP
Fecha de nacimiento / Fecha de nacimiento: 16 07 1939
Núm. Report / Validity: BIK155872 01 01 9999
DNI: 55043853T

835648

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos / Apellidos: OGANDO
Nombre / Nombre: MARIA GLORIA ESTHER
Nombres / Nombres: FORCAREY
Sexo / Sexo: F
Nacionalidad / Nacionalidad: ESP
Fecha de nacimiento / Fecha de nacimiento: 16 07 1939
Núm. Report / Validity: BIK155872 01 01 9999
DNI: 55043853T

835648

02

Nota: Las dos líneas de cuadrados previas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos o síntomas, aparatos, sopores claramente por comas.

4. Se los estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

3. Evitar certificar entidades mal definidas, signos o síntomas, aparatos, sopores claramente por comas.

2. Evitar abreviaturas o siglas.

1. Enpegar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.

Otras recomendaciones

Ejemplo: Diabetes

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

5. Otros procesos:

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

4. Causa inicial o fundamental:

(c) Pielonefritis crónica

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

(d) Hipertensión arterial

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

3. Causas intermedias:

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

2. Causa inmediata:

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

1. Intervalo de tiempo aproximado

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Mod. CMD-BED-G

Nota: Las dos líneas de cuadrados previas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos o síntomas, aparatos, sopores claramente por comas.

4. Se los estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

3. Evitar certificar entidades mal definidas, signos o síntomas, aparatos, sopores claramente por comas.

2. Evitar abreviaturas o siglas.

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.

Otras recomendaciones

Ejemplo: Diabetes

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

5. Otros procesos:

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

4. Causa inicial o fundamental:

(c) Pielonefritis crónica

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

(d) Hipertensión arterial

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

3. Causas intermedias:

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

2. Causa inmediata:

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

1. Intervalo de tiempo aproximado

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas: 10, Días: 10, Meses: 10, Años: 10

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20250421/006784 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada la defunción de **Dª. MARÍA GLORIA ESTHER MOA OGANDO**, con Documento Identificativo DNI núm. 55.043.853-T, y con último domicilio conocido en Rúa dos Cereixos nº3-Bajo A en Milladoiro-Ames (A Coruña)- España, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha del deceso el día 20 de Abril de 2025, a las 19:20 horas, ocurrida en su domicilio anteriormente indicado, en Ames (A Coruña):

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/cremar el cadáver de la persona referida, una vez transcurran **doce horas** desde la hora de fallecimiento.

En Ames, a 21 de Abril de 2025.

