

OTROS CONCEPTOS

ENTRO (18 R. Blancos): CHALO, GELUCHA, FINA, ZET
HERNANIA, MANOLA E NIEVES

FALLECIDO: BERTA ENCARNACIÓN GERPE AYERBE

Fecha de fallecimiento 25 - MAYO - 2025

Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI - NOYA

Teléfonos: 899 20 82 30 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	
Capilla ardiente	BERTANIANAS2 Sala Prep. si Libro si	
Gestión funeraria	si ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	RESIDENCIA NOYA - TANAT. APÓSTOL	
Prensa	NO	
Radio	4 VEE LUNES	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	50	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id.	
Certificado médico	si	Registro Civil: NOIA
Carroza	Personal	Pinelo
Ayunt.º: Sepultura	BRIÓN - SAN FÉIX DE BRIÓN	
Iglesia	CAPILLA DE SANTA MINIA - BRIÓN	
Incineración	Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	FEUSA	Funeral:
Flóres	CORONA (40 ROSAS): MANUEL	
	POCEIRO Y FAMILIA	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre BERTA ENCARNACIÓN GERPE AYERBE D.N.I. Nº 76456231E
id. de los padres LUIS Y CONSUELO
Naturaleza BRIÓN Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 22 - MAYO - 1941
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI -
AUDA DEL VIECOUDE DE SAN ALBERTO, 30 - NOIA

Fallecimiento: Fecha: 20:45 horas del día 25 de Mayo de 2025
Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI - NOIA
Cementerio SAN FELIX DE BRIÓN Ayunt.º BRIÓN

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. BERTA GERPE AYERBE
(UECINA DE SAUCA MINIA - BRIÓN)

falleció en _____ en el día de 25/05/2025 a los 84 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos LUIS GERPE AYERBE

Hermanos políticos ISABEL Y COUCHA

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos BEA, ROSANA Y SUSO Primos si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales LUNES 20:30

en la iglesia de CAPILLA DE SANTA MINIA

CASA MORTUORIA: APÓSTOL - 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



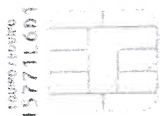
APELLIDOS / APELLIDOS
GERPE
AYERBE
NOMBRE / NOME
BERTA ENCARNACION
SEXO / SEXO F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
22 05 1941
NUM. IDENTIFICACION / VALIDEZ / VALIDEZ
BCN145499 01 01 9999

Berta Encarnacion Gerpe Ayerbe

994880

DNI 76456231E

DIRECCION / DOMICILIO
ANDAL. SANTA MINIA 30
BRION
A CORUÑA



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BRION
A CORUÑA

HUJOA DE / FILLOA DE
LUIS / CONSUELO

IDESPBCN145499476456231E<<<<<<<
4105224F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<0
GERPE<AYERBE<<BERTA<ENCARNACIO

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
POCEIRO
COTEIRO
NOMBRE / NOME
MARIA JOSE
SEXO / SEXO F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
28 05 1976
NUM. IDENTIFICACION / VALIDEZ / VALIDEZ
BGJ105761 21 02 2028

M. Jose Poceiro

819264

DNI 78796502C

DIRECCION / DOMICILIO
LGAR. AGRON 3



CALO
AMES
A CORUÑA

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

HUJOA DE / FILLOA DE
MANUEL / MANUELA

IDESPBGJ105761478796502C<<<<<<<
7605286F2802219ESP<<<<<<<<<<<<8
POCEIRO<COTEIRO<<MARIA<JOSE<<<<

SOLICITANTE

105631493

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. PABLO JOSE LARANDEIRA GUERRA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA), con el número

y en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Colegio actual

Nº de colegiado/a

Colegio actual

Nº de colexiado/a

1ª colegiación

1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento

☒

D.N.I.

Número:

Número:

Documento

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Documento

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

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

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

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) DEMENCIA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos

Horas

Días

Meses

Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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

Accidente laboral

No/Non

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 NOIA, a 25 de MAYO 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 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 Inmediata** 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 Defunção.

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 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 excluíntes, é dicir, 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase 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: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.



LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN
OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE NOIA
EXPEDIENTE Nº 20250526/009220 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a BERTA ENCARNACIÓN GERPE AYERBE con Documento Identificativo DNI y Nº 76456231E, con último domicilio conocido en AVENIDA DEL VIZCONDE SAN ALBERTO Nº30 - 15200 - Noia , ESPAÑA, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 25 de MAYO de 2025, a las 10:45 horas, acaecida en RESIDENCIA DOMUS VI;

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas desde el fallecimiento.

En Noia a 26 de MAYO de 2025.



