OTROS CONCEPTOS

PAGADO

Pedido 1823 Tu familia efectivo recibo

CORONA 150 R. Rj/Bl) PAGADO TPV 5.648

POR HERMANOS Y FAMILIA DE EA

675

FALLECIDO: Enrique Gonzalo Deteano

SF: 32 ST: 21 Se: 16

Fecha de fallecimiento 14-Mayo-2025

Domicilio Calle Santiago de Chile Nº 23 Particular

Teléfonos: 654520090-Esther(Esp.) E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-0 Medida 1,90	995
Capilla ardiente X Sala Tanatorio Sala Prep. Si Libro ☐ No	640 54
Gestión funeraria Si ☒ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado X Domicilio-Complejo	107
Prensa No	
Radio No (Jueves 23:00h)	
Recordatorios fúnebres / tarjetas No	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo id.	
Certificado médico X Si Registro Civil: Santiago	3
Carroza Personal	129'50
Ayunt.º: Sepultura	
Iglesia —	
Incineración X Si Urna: 2 Urnas Basicas	351 181'40
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores Funeral: —	
Flores Corona R. Rojas "Tu esposa"	143
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	34'70 34'70

7350

FALLECIDO:

Nombre Enrique Gontalo Derteano D.N.I. Nº 14947680-E

id. de los padres Vicente y Rosa

Naturaleza Ea Provincia Bizkaia

Día, mes y año de nacimiento 26-Septiembre-1959

Profesión Estado Casado Domicilio Calle Santiago de Chile Nº2 -3ºA Santiago

Fallecimiento:

Fecha: 16:41 horas del día 14 de mayo de 2025

Domicilio Calle Santiago de Chile - Santiago

Cementerio Crematorio Complejo Apostol Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

EL SEÑOR

D/ña. Enrique Gontalo Derteano

falleció en en el día de 14-Mayo-2025 a los 65 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos "Su familia"

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios 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

APELLIDOS / APELIDOS
GONZALO
DERTEANO
NOMBRE / NOME
ENRIQUE
SEXO / SEXO M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
26 09 1959
NUM SOPORT BKT149377
VALIDEZ / VALIDEZ 16 10 2029
161019
510976
DNI 14947630E

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. SANTIAGO CHILE 23 P03 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
EA
BIZKAIA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
VICENTE / ROSA

IDESPBKT149377314947630E<<<<<<
5909267M2910161ESP<<<<<<<<<<<2
GONZALO<DERTEANO<<ENRIQUE<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
CARBALLO
BLANCO
NOMBRE / NOME
MARIA ESTHER
SEXO / SEXO F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
23 10 1955
NUM SOPORT BKT148751
VALIDEZ / VALIDEZ 09 10 2029
469376
DNI 33229487F

DOMICILIO / DOMICILIO
C. SANTIAGO DE CHILE 23 P03 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L601

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
RAMON / EVANGELINA

IDESPBKT148751833229487F<<<<<<
5510230F2910091ESP<<<<<<<<<<<5
CARBALLO<BLANCO<<MARIA<ESTHER<

SOLICITANTE

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

OVB6YRFIDJ

Id. electrónico/*Id. electrónico*

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Selo timbre*

103843358

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. / *D. / Dna.* Joaquín Rubal Pires

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* Pontevedra, con el número / *co número*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Santiago de Compostela

Colegio actual / *Colexio actual*

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* 3636079 23

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / *Nome do falecido/a:* ENRIQUE

1er Apellido del fallecido/a: / *1er Apelido do falecido/a:* GONZALO

2º Apellido del fallecido/a: / *2º Apelido do falecido/a:* DERTEANO

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento* — Día / *Día* 26 — Mes / *Mes* 09 — Año / *Ano* 1959

Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* [X] Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 14944763 0-E
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- [ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / *Hora e data da defunción* — Hora : minutos / *Hora : minutos* 16:41 — Día / *Día* 14 — Mes / *Mes* 05 — Año / *Ano* 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***En que concello ocorreu a defunción?:*** Santiago de Compostela

Domicilio particular / *Domicilio particular* [X] — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [ ] — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* [ ] — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* [ ] — Otro lugar / *Outro lugar* [ ]

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

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

Intervalo de tiempo aproximado[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) DIABETES MELLITUS

INFARTO DE MIOCARDIO

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / ***Houbo indicios de morte violenta?*** Sí / *Si* [ ] No / *Non* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / ***Practicouse autopsia clínica?*** Sí / *Si* [ ] No / *Non* [X]

¿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* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

En / *En* Santiago, a / *a* 14 de / *de* Mayo de / *de* 2025

Firma del médico / *Sinatura do médico*

Mod. CMD-BED-G

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

01

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ENRIQUE GONZALO DERTEANO, con documento identificativo DNI 14947630E, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte del 14 de MAYO de 2025, a las 16:41 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 15 de MAYO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
15/05/2025 10:54	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:Jrem-SaWC-ANfk-Bq&y