

# OTROS CONCEPTOS

casa 40 casa bl: Tus hermanas y hermana política. 679 837999 efct  
 casa mod 1: Familia Terezas Lois 637.07.2974 Lumen  
 casa 24 casa mod: Familia Conde Antolo 6 efct  
 casa mod 2: Conche, Rando y Eugenia 6 efct.

FALLECIDO: HCELESTIA OROZUA BELLO 21/AS

Fecha de fallecimiento 21 DE MAYO DE 2025

Domicilio 6012 PEIRO - 1 - AGRO - ARES

Teléfonos: 620 639 187 E-mail:

| CONCEPTOS                         |                                                                 | Servicio prestado                          |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Arca modelo C1                    | Medida 1'90                                                     | 1300                                       |
| Capilla ardiente TARETARANS 2     | Sala Prep. S <sup>o</sup> Libro S <sup>o</sup>                  | 556154+2825                                |
| Gestión funeraria S <sup>o</sup>  | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV                        | 173                                        |
| Carroza traslado                  | PERICION - TARETARANS                                           | 107                                        |
| Prensa                            |                                                                 |                                            |
| Radio                             |                                                                 |                                            |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas |                                                                 |                                            |
| Ómnibus acompañamiento            |                                                                 |                                            |
| Turismo id. TAXI PASAR EN MANO    |                                                                 | 30                                         |
| Certificado médico S <sup>o</sup> | Registro Civil: ARES                                            | 3                                          |
| Carroza                           | Personal                                                        | 17850 198                                  |
| Ayunt.º: Sepultura                | X PINO                                                          | 125                                        |
| Iglesia SAN LORENZO DE AGROIN     |                                                                 |                                            |
| Incineración                      | Urna:                                                           | 70                                         |
| Presencia                         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Destino |                                            |
| Cantores X FELISA                 | Funeral: 112                                                    | X 70 (64439)                               |
| Flóres                            | CORONA: TU H <sup>o</sup> JA                                    | 143                                        |
|                                   | CORONA: TUS NIETOS Y NIETO POLITICO                             | 143                                        |
|                                   | CENTRO 24 ROSAS BL TU B <sup>o</sup> NIETA LARA                 | 95                                         |
| <input type="checkbox"/> Sudario  | <input type="checkbox"/> Cubrefúntos                            | <input type="checkbox"/> Acondicionamiento |
| <input type="checkbox"/> Rosario  |                                                                 | 3470                                       |
|                                   |                                                                 | 7850                                       |

72/

web

57-69

Nombre Hermano Obdulio Bello Pina O.N.I. N° 33469224-E  
id. de los padres Maximino Pina Provincia Cauca  
Naturaliza mx Dia, mes y año de nacimiento 21. 5. 1933 Estado vid Domicilio Celvenio 27.

FALLECIDO: Profesión mpor Fecha: 21 horas del día 11 de Mayo de 2025

Fallecimiento: Domicilio Celvenio 1. nora Cementerio San Jacinto de nora Ayunt. mx

Cónyuge: Nombre \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ Página \_\_\_\_\_ ) D.N.I. \_\_\_\_\_  
LIBRO DE FAMILIA  
DECLARANTE D. \_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_

D/ña. Hermanita Obdulio Bello Pina 41.1.1. SEÑOR  
Cupde Francisco Jaci Pina  
falleció en Celvenio. nora en el día de 21-5-2025 a los 92 años  
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa/ Hija Lucena Pina Jaci Bello

Hijos políticos Ignacio Conde Anelo (C)  
Victo. Carlo y Rodica Conde Jaci

Padres Almida Jaci / Cely Conde  
Abuelos Arte. Pina / Daniel Jaci Pina

Padres políticos Hermano ~~Arte. Pina~~ Salino (C), Candido, Alvaro,  
De (C) Bello Pina

Hermanos políticos Almida Jaci (C), Camila Conde (C) de nora  
Almida (C), Jaci (C), Jaci, Ninos Pina (C), Pina (C)

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos 8.

y demás familia- Conducta Funerarias 17:30  
en la iglesia de San Jacinto de nora  
CASA MORTUORIA: Apurisd 2  
(SI/NO) SE RECIBE DUELO

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

1-0

# ESPAÑA



BPH

DNI NÚM.  
33163929E

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO  
BELLO  
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO  
PIAS  
NOMBRE / NOME  
HERMINIA OBDULIA  
SESO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
F ESP  
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO  
27 05 1933  
IDESP  
A0A172035  
VALIDO HASTA / VALIDO ATA  
01 01 9999



*Horminina Odontia Bell*

FALLECIDA

LUGAR DE NASCIMENTO : LUGAR DE NASCIMENTO  
**AMES**  
 PROVINCIA/PAIS : PROVINCIA-PAIS  
**A CORUÑA**  
 FILHO(A) DE : FILHO(A) DE  
**MAXIMINO / AMERICA**  
 DOMICILIO : DOMICILIO  
**LGAR. GALIÑEIRO 1**  
 LUGAR DE DOMICILIO : LUGAR DE DOMICILIO  
**AGRON**  
**AMES**  
 PROVINCIA/PAIS : PROVINCIA-PAIS  
**A CORUÑA**

EQUIPO: EQUIPO  
15771L6D1

IDESPA0A172035633163929E<<<<<<  
3305278F9901018ESP<<<<<<<<<<0  
BELLO<PIAS<<HERMINIA<OBDULIA<<

# ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 33213181P

APELLIDOS / APELIDOS  
 LOIS  
 BELLO  
 NOMBRE / NOME  
 AURORA PILAR  
 SEXO / SEXO  
 F  
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
 ESP  
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO  
 22 02 1954  
 NUM. COFONTE  
 VALIDEZ / VALIDADE  
 B06G152407 30 01 2027

Sum to 200

~~32874~~

CONCELLO / DOMICILIO  
LGAR. GALIÑEIRO 1  
AMES  
A CORUÑA



15771601  
Quinta / Quinta



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO  
AMES  
A CORUÑA

HUJOA DE / FILLOA DE  
FRANCISCO / HERMINIA

IDESPBDG152407133213181P<<<<<  
5402229F2701301ESP<<<<<<<<<9  
LOIS<BELLO<<AURORA<PILAR<<<<

SOLICITANTE

OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIADA  
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de

CORUÑA Colexio de

Nº Certificado/Nº certificado

105527376

Sello/Carimbo

Colegio actual  
Colexio actualNº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

PERCEDES RUA DOMÍNGUEZ

SANTAGO (A CORUÑA)

BERTANIRANS ANES

(A CORUÑA)

con el número

co número

151508934

1ª colegiación  
1ª colexiación

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

HERNANIA ABDULIA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

BELLIO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

PIAS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 27

Día

Mes 05

Mes

Año 1933

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento  
de identidad:☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

33163929-5

Documento  
de identidad:☐

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

12:00

12:00

Día 27

Día

Mes 05

Mes

Año 2025

Año

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

ANES

Domicilio particular

Domicilio particular

☒

Centro hospitalario

Centro hospitalario

☐

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

☐

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

☐

Otro lugar

Outro lugar

☐

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

Horas Días Meses Años  
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

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

(b) ENCAJAMIENTO

Horas Días Meses Años  
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) ÚLCERAS CUTÁNEAS PROGRESIVAS

Horas Días Meses Años  
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

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

(d) DEMENCIA ALZHEIMER

Horas Días Meses Años  
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>Horas Días Meses Años  
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

Accidente de tráfico

No/Non

Sí/Sí

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Sí/Sí

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☐ 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 Betamiray, a 27 de Mayo de 2025

Firma del médico  
Sinatura do médico

5662153  
DRA. MERCEDES  
DOMÍNGUEZ 15/089545

### 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

#### 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 00 00 00  
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 00 00 00 02  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 02  
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 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

00 00 00 05  
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

00 00 00 10  
Horas Días Meses Años

#### 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, sepárelas 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.

Mod. CMD-BED-G

000000

### Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa imediata** e se remate com a **causa inicial ou fundamental**, é dizer, numa orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palavras "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:** "Enfermedad 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 excluyentes, é decir, 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

#### 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 00 00 00  
Horas Días Meses Años

#### 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 00 00 00 02  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 02  
Horas Días Meses Años

#### 4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermedade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase 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

00 00 00 10  
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

00 00 00 05  
Horas Días Meses Años

#### Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas 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 soa e non para establecer orde de causalidade.

02

**LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN**  
**OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES**  
**EXPEDIENTE NÚM. 20250528/011075**  
**SOBRE DEFUNCIÓN.**

Acreditada a defunción de **dona HERMINIA OBDULIA BELLO PIAS**, con Documento Identificativo DNI núm. **33 163 929-E**, co derradeiro enderezo coñecido en Galiñeiro 1, Agrón, Ames, A Coruña, España, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **27 de mayo de 2025, as 12:00 horas**, ocorrida no seu domicilio; **CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce** horas desde a do falecemento.

En Ames, **28 de maio de 2025.-**

