

[illegible]

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'90	
Capilla ardiente Berta "Z"	Sala Prep. \$ Libro X	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUU	
Carroza traslado X	Exequio - Tent	

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'90
Capilla ardiente	Beta '2'	Sala Prep. 5 Libro 5
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUVV
Carroza traslado	Exorcismo - Taxi	
Prensa	Carroza 2 vienes	
Radio	Carroza - vienes	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100	
Ómnibus acompañamiento	6 inscripción	310
Turismo	Si id. taxi Lite	
Certificado médico	Si (2)	Registro Civil: Buon
Carroza	Buon	Personal Si
Ayunt.º: Sepultura	San Miguel de Baullon	Carrozas X 8000
Iglesia		
Incineración	Urna: Ampereis	X 50'00
Resencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Antores	feliza	Funeral: 1 + 2 D. P. 170 (10810)
ores	1 Carro - Hújos e hijos política	
	1 Carro - vienes	
	1 Carro - hermano	
Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento
		☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre Teresa Rosa Carballo Fernandez D.N.I. Nº 33787591-V
id. de los padres Manuel - Consuelo
Naturaleza Brion Provincia Coruña
Día, mes y año de nacimiento 27-3-1947
Profesión Brion Estado viuda Domicilio Boullon 1º B

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 29 de Mayo de 2025
Domicilio Boullon 1º B - Brion
Cementerio San Miguel de Boullon Ayunt.º Brion

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Teresa Rosa Carballo Fernandez L SEÑOR Madre del
Cuida de Manuel Fandino Tarrío (Sociedad)

falleció en Boullon - Brion en el día de 29-5-2025 a los 78 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Manuel, Carmen, y Jose Fandino Carballo

Hijos políticos Uxia Bomet Pantemaria, Jose Ramon Boullon Bataik
Nietos: Leo y Roberto Fandino Bomet; Marco, David y

Padres Celia Boullon Fandino

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Manuel, Carmen (+) Jose M (+) y Maria Carballo
Fernandez

Hermanos políticos Bernarda Fandino, Jose M, S.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos 2 Primos 8

y demás familia. - Conducción _____

Funerales Urnas

en la iglesia de San Miguel de

CASA MORTUORIA: Apostol. 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

MGB / DJG

ANXO
SUSO
GARCIA
ALVARO
ISA

SALIDA PERSONAL: 1

SALIDA ENTIERRO: 1

BERTAMIRANS - BOULL

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIGON
CARBALLO
FERNANDEZ

Y/NOMBRE / NOME
TERESA ROSA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTWO
27 03 1947

NUM. IDENTIFIC. / IDENTIFIC. NUM.
BMY194661

VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

Rosa Carballo

3387591V 736768

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
**FANDINO
CARBALLO**

NOMBRE / NOME
MANUEL

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
08 05 1974

NUM BOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
B6W188289 11 05 2028

Manuel Fandino Carballo

614400

DNI 33300773Q

OMC

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

105612775

Nº Certificado/Nº certificado

A Coruña
Colegio de

Colegio de

Sello/Catella

D./Dña.
D. / Dna.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Omar Delgado Recalde

A Coruña

, con el número
, co número

Ames

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiatura
Nº de colegiatura

151511033

Nº de colegiación
Nº de colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

Teresa Rosa

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:

Carballo

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

Fernandez

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 27

Mes 03

Año 1947

Sexo:

Varón

Mujer

Muller X

Documento
de identidad:X D.N.I.
D.N.I.

Número: 33187591-V

Documento
de identidad:Pasaporte
Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos

02:30

Día 29

Mes 05

Año 2025

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

Brion

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) Parada Cardiorrespiratoria

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) Insuficiencia Respiratoria

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) Sepsis Avanzada

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Sí/ Si

No/ Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/ 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

No/ Non

Accidente laboral
Accidente laboral

No/ Non

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

1 2 3 4 5 (ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucción na página 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos? / ¿Existen riscos infecciosos?

Si / Não

Enfermedad infecciosa / Enfermedade infecciosa

Grupo / Grupo () () ()

¿Posibilidad de incineración? / Possibilidade de incineração

Si / Não

Incineración condicionada por / Incineração condicionada por

Retirada de Marcapasos / Retirada de marcapasos

Tratamiento con Isótopos Radiactivos / Tratamento com isótopos radioativos

Existencia de prótesis / Existência de próteses

Enfermedad 29 de Mayo de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

DMAR DELGADO
Coleg. 15/15/11033
SANTIAGO

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 45 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 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 2 Horas Días Meses Años
(c) Pielonefritis crónica debido a 2 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 5 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 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, apórralos 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 cumprimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, é dizer, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo as 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: "Enfermedade 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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 45 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 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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a 2 Horas Días Meses Años
(c) Pielonefrite crónica debido a 2 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 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 5 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 ambigüedades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárralos claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas do cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE BRIÓN
EXPEDIENTE NÚM.20250530/007812 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª TERESA ROSA CARBALLO FERNANDEZ con Documento Identificativo DNI y N° 33187591V, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 29 de MAIO de 2025, as 02:30 horas, ocorrida en DOMICILIO-LUGAR TEMBRA,18 BOULLÓN-BRIÓN;

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 30 de MAIO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
30/05/2025 10:45

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:xF\$H-3kGE-\$Bcz-QcSt

