OTROS CONCEPTOS

web

ENTRO (Vez 1º) AMIGAS DE TU SOBRINA CELIA: PAGADO

SIMP 1135 RAQUEL, PAULA Y MATILDE

web

ST: 96

FALLECIDO: el Regina Barbarán Tuñez

Fecha de fallecimiento 18-8-2025

Domicilio Residencia de Mayores - Villadoiro

Teléfonos: 600068484 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo ..... Medida	
Capilla ardiente BERTAMIR 2 Sala Prep. si Libro X si	
Gestión funeraria si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X RESIDENCIA MILLADOIRO - TANAT APÓSTOL	
MARTES 17:45 Prensa X Correo nº 2	
Radio X Cartas 2ª REPARTO MURACES	
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~ X 100	
Ómnibus acompañamiento 20 Extracción marcapasos	
Turismo ..... id.	
Certificado médico X Si Registro Civil Tomas	
Carroza ..... Personal	
Ayunt.º: Sepultura Boiro X Pinero	
Iglesia San Julián de Bastavales	
Incineración ..... Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores X Ana Funeral: 1+1	X 140 (11000)
Flores X Cao: Esposo 1 coro: Hermano y Hermana política 1 cantro 18: P. Blanca - Sobrinas y Prima caja Bisbrina	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre Mª Regina Barbaran Tuñer D.N.I. Nº 76456487 W.

id. de los padres Maximino - Celia

Naturaleza Buron Provincia

Día, mes y año de nacimiento 25-6-1942

Profesión Estado Casada Domicilio Residencia Mayores Milladoiro - Ames

Fallecimiento:

Fecha: 17:30 horas del día 18 de agosto de 2025

Domicilio Residencia Mayores Milladoiro - Ames

Cementerio San Julian de Bastavales Ayunt.º Buron

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

LA SEÑOR

D/ña. Mª Regina Barbaran Tuñer

falleció en Bastavalino - Bastavales en el día de 18-8-2025 a los 83 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Manuel Perez Balado

Hijos no

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Filiberto Barbaran Tuñer

Hermanos políticos Mª del Carmen Pereira Pérez

Sobrinos: Celia y Regina Barbaran - Pereira

Bisobrinos: Nicolas y Martin Vieito Barbaran

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales Martes 17:45

en la iglesia de San Julian de Bastavales

CASA MORTUORIA: Apostol. 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

no

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
BARBAZAN
TUÑEZ
NOMBRE / NOME
MARIA REGINA
SEXO / SEXO F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
25 06 1942
NUM SOPORT BLL160522
VALIDEZ / VALIDEZ 01 01 9999

Mª Regina Barbazan

DNI 76456487W

025280

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. BASTABALES BASTABALIÑOS 6
BRION
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BRION
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MAXIMINO / CELIA

IDESPBLL160522976456487W<<<<<<
4206257F9901018ESP<<<<<<<<<<<5
BARBAZAN<TUNEZ<<MARIA<REGINA<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
PEREZ
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
BALADO
NOMBRE / NOME
MANUEL
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
01 02 1935
IDESP
AFY174929
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

Manuel Perez

DNI NÚM.
33044501X

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BRION
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / ELENA
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. BASTAVALES BASTAVALIÑOS 6
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
BRION
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAFY174929933044501X<<<<<<
3502011M9901018ESP<<<<<<<<<<<1
PEREZ<BALADO<<MANUEL<<<<<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
BARBAZAN
TUÑEZ

NOMBRE / NOME
MARIA REGINA

SEXO / SEXO F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
25 06 1942

NUM SOPORT BLL160522
VALIDEZ / VALIDEZ 01 01 9999

Mª Regina Barbazan

025280

DNI 76456487W

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. BASTABALES BASTABALIÑOS 6
BRION
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BRION
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MAXIMINO / CELIA

IDESPBLL160522976456487W<<<<<<
4206257F9901018ESP<<<<<<<<<<<5
BARBAZAN<TUNEZ<<MARIA<REGINA<<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33290294W

DNI 33290294W

APELLIDOS / APELIDOS
BARBAZAN
PEREIRA

NOMBRE / NOME
CELIA MANUELA

SEXO / SEXO F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO 11 04 1971

EMISIÓN / EMISIÓN 31 08 2023
VALIDEZ / VALIDEZ 31 08 2033

NUM SOPORTE
CFZ168834

587584

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. GRONZO 5
BRION
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BRION
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
FILIBERTO / MARIA CARMEN

IDESPCFZ168834633290294W<<<<<<
7104114F3308316ESP<<<<<<<<<<<6
BARBAZAN<PEREIRA<<CELIA<MANUEL

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

https://certificados.cgcom.es

VMR6AEW7PS

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de / Colexio de

Sello/Selo/Cuño

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105459334

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. Mª INMACULADA GOMEZ PUGA
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número 15151260
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en *, co número*

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / *Nome do falecido/a:* NATALIA REGINA

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

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

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento* — Día / *Día* 25 — Mes / *Mes* 06 — Año / *Ano* 1942 — **Sexo:** / *Sexo:* Varón / *Varón* — Mujer / *Muller* X

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
- X D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 76456487-N
- 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* 17:30 — Día / *Día* 18 — Mes / *Mes* 08 — Año / *Ano* 2025

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

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

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Direitos 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) FRACASO MULTIORGÁNICO

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

Debido a / *Debido a* ▼

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

(b) ULCERAS PRESION

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

Debido a / *Debido a* ▼

(c)

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

Debido a / *Debido a* ▼

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

(d) ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA

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

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

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Escaneado con CamScanner

¿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*** MÓTESÍN ODONTO BIOACTIVE

En / *En* ANTA, a / *a* 18 de / *de* AGOSTO de / *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 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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ▼ Horas 3 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 ▼ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ▼ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 5

II

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 1 0

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **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 Defunción.*

***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 transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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 excluintes, 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 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ▼ Horas 3 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ▼ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ▼ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

4 *Causa inicial ou fundamental*

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron a morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

II

5 *Outros procesos:*

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 5

Outras 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.

Escaneado con CamScanner

MINISTERIO DE JUSTICIA

registrocivil

LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN

OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES

EXPEDIENTE NÚM. **20250819/009317**

SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **doña MARÍA REGINA BARBAZÁN TÚÑEZ**, con Documento Identificativo DNI **76 456 487-W**, co derradeiro enderezo coñecido en **Residencia de Maiores Milladoiro R/ Da Moa 6, Ames,** A Coruña, España, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **18 de agosto de 2025**, as **17:30 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, **19 de agosto de 2025.**

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
19/08/2025 13:03	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:DuQU-wH3X-3VXw-EYNr