

OTROS CONCEPTOS

PAGAR

S.223

DE NECESIDAD • TV

18 R.R.

T. 11

FALLECIDO: Celso Magarino Oveiro

Fecha de fallecimiento 4-2-2025

Domicilio Avda San Francisco 40- Brón 124

Teléfonos: 63669445 - 690343840 * E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'1"
Capilla ardiente	Requisitos - 2	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Domicilio - TANATORIO	
Prensa	Conex 3	
Radio	1 Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	150	
Ómnibus acompañamiento	100	
Turismo	id. NO	SAFE IGLESIA
Certificado médico	Si	Registro Civil: Buón
Carroza		Personal Pinco
Ayunt.º: Sepultura	Buón	
Iglesia	San Felix de Brón.	
Incineración		Urna:
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino 1+2 (12621) 70
Cantores	ANA	Funeral:
Floras	1000: 1000	
	1000: 1000	

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Celso Magarinos cuejho D.N.I. Nº 33255 550-B
id. de los padres Jocinto- Manuela
Naturaleza Buñon Provincia Cauca
Día, mes y año de nacimiento 1-6-1935
Profesión 40- Buñon Estado Viudo Domicilio Arda Santa Minia

Fallecimiento: Fecha: Arda Santa Minia 40- Buñon horas del día 4 de Febrero de 2021
Domicilio Arda Santa Minia 40- Buñon
Cementerio San Felix de Buñon Ayunt.º Buñon

Cónyuge: Nombre Felipe feltraco: ES98 2080 0327 4130 0003 7561

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. Mª del Pilar Magarinos Santos (hija) D.N.I. 7879820L
domiciliado en Pedernera 40 - Buñon

L SEÑOR
D/ña. Celso Magarinos cuejho
Viudo Amelia Santos Nopano
falleció en Arda Santa Minia 40- Buñon en el día de 4-2-2021 a los 90 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a
Hijos Mª del pilar Magarinos Santos

Hijos políticos Jesús Pazin Caamano
Viuda: Lorena Pazin Magarinos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales Suarez 16:30

en la iglesia de Apotal - 2

CASA MORTUORIA: Apotal 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

No



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105970439

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello de A CORUÑA

D./Dña. Omar Alberto Delgado Recalde

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

, con el número

, co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1ª colegiación
1ª colegiación

1ª colegiación

1ª colegiación

1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

Celso

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

Megarinos

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

Queiro

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 01
Día

Mes 06
Mes

Año 1933
Año

Sexo:
Sexo:

Varón ☒
Varón

Mujer ☐
Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número: 33255550-B

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos 14:30
Hora : minutos

Día 04
Día

Mes 02
Mes

Año 2026
Año

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

Brion

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) Parada Cardíaca respiratoria

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Edema Pulmonar

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) Insuficiencia Cardíaca

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes 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 Ames, a 4 de Febrero de 2026

Firma del médico
Sinatura do médico

DR. OMAR ALBERTO DELGADO RECALDE
RCDAL/1511003

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 ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
Días 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 ☐ ☐ 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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
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 cuadros 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 imediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, é dizer, 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 defunção: "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 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

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.

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, anotaranse 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) Enfermidade 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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
Días Meses Años

II

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
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 causalidad.



LICENZA DE ENTERRAMENTO

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE BRIÓN
EXPEDIENTE NÚM.20260205/004498 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª CELSO MAGARIÑOS QUEIRO con Documento Identificativo DNI y N° 33255550B, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 04 de FEBREIRO de 2026, as 14:30 horas, ocorrida en DOMICILIO -AVDA DE SANTA MINIA 40- BRIÓN;
CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas hábiles desde a do falecemento.

En Brión o 05 de FEBREIRO de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
05/02/2026 09:47

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
MERCEDES RODRIGUEZ FRAGA

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:j4D9-G&8t-9A3h-&Xcd

