

OTROS CONCEPTOS

ENTREGA COMPROMETIDA: FAMILIA RIVERA VILLANO
57366003
CORONA HO ROSAS "FAMILIA ROSAS y hermanas polkas"
TPV
S. 1425

FALLECIDO: Celia Arenal Gomez

Fecha de fallecimiento: 7 Octubre 2024

Domicilio: O Piro No 17 - Teo

Teléfonos: Jose N° (hsp) 606440331 E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C1	Medida	140
Capilla ardiente	SALA 1 N° 1700	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si		☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	DOMICILIO - TANATORIO		
	MAÑANAS	COFRE MOD 2	
	16:00	HOY Lunes	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	—		
Turismo	Id. RECOGER EN		
Certificado médico	Si (C.S. Cochabamba)	Registro Civil	TEO
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura			X ROSO
Iglesia	OTA		
Incineración		Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	Campanero Coordinación
Cantores	Si X SODUCU	Funeral:	ENCERRIAS
Floras	CORONA ROSAS ROSAS	TU ESPASO	
	CORONA BLANCA	TUS HIJOS E HIJAS PUTICOS	
	CORONA ROSA BLANCA: TU NIETO		
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☒ Rosario

Nombre CELIA AMENAL GOMEZ D.N.I. Nº 3314 8577 B
 id. de los padres MANUEL Y MANUELA
 Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
 FALLECIDO: Día, mes y año de nacimiento 3 AGOSTO 1941
 Profesión TEO Estado CASADA Domicilio LUGAR OZA Nº19
TEO A CORUÑA
 Fecha: _____ horas del día 7 de OCTUBRE de 2021
 Fallecimiento: Domicilio LUGAR PIRO 19 OZA TEO A CORUÑA
 Cementerio OZA Ayunt.º TEO
 Cónyuge: _____ Nombre _____
 LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
 DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
 domiciliado en _____
 LA SEÑORA
 D/ña. CELIA AMENAL GOMEZ
VECINA DE OZA - TEO
 falleció en _____ en el día de _____ a los 83 años
 confortado con los Auxilios Espirituales _____
 Su esposo/a MANUEL VILARIÑO IGLESIAS
 Hijos DINA VILARIÑO Y JOSE MANUEL VILARIÑO AMENAL
 Hijos políticos SANTIAGO SANCHEZ CODESADO Y PATRICIA GARCIA CANDAL
 Padres _____
 Abuelos _____
 Padres políticos _____
 Hermanos MARUJA, DINA, Y SARA AMENAL GOMEZ
 Hermanos políticos MANUEL OLIVEIRA (+), JOSE REY Y MANUEL FREIRIA;
JOSEFINA VILARIÑO (+), ADELAIDA VILARIÑO; BRAULIO LOPEZ (+), JOSE RIVERA
Y PABLO VILARIÑO
 Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos SI Primos SI
 y demás familia.- Conducción Y DEMAS FAMILIA
 Funerales _____
 en la iglesia de _____
 CASA MORTUORIA: SALA 1
 (SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105594997

Colegio de

de

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª
CLASE 3ª

D./Dña.
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en
y con ejercicio profesional en

Sancho A. Curi
Cachival

con el número
co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

6763

Nº de colegiación
Nº de colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

CELIA

AMENAL

GOUEZ

Fecha de nacimiento

Data de nascimento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Mujer

Documento

de identidad:

Documento

de identidad:

D.N.I.

D.N.I.

Pasaporte

Pasaporte

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

33148577-B

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

04:43

07

10

2024

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

TEO

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Otro lugar

Otro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado / Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

Causas intermedias / Causas intermedias

Debido a / Debido a

(b)

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

Debido a / Debido a

(c)

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

Debido a / Debido a

(d)

INSUFICIENCIA CARDÍACA - DIABETES
NO INSULIN-DEPENDIENTE

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

II. Otros procesos / Outros procesos

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

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

SI/ SI

No/ Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

SI/ 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

SI/ SI

Accidente laboral

SI/ SI

Fecha del mismo: Día

Data do mesmo: Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermedade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

Si/Si ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento com isótopos radioativos

☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Cacheral, a 07 de Octubre de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

548845
DRA. M. JOSY PENA
NAVEIRO 15087631

Instrucciones básicas de Certificación:

Le 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

Horas Días Meses Años 5

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 10

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, separarlas 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

□□□□□□

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "debido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tão importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermedad ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o começo de cada afecção e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) deve ser inferior ou igual a I.(b), e este à sua vez inferior ou igual ao I.(c) e assim sucessivamente.

Estas unidades são mutuamente excluyentes, é dizer, há que expressar o período numa única unidade de tempo e tan só há 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) Hemorragia cerebral

debido a 3 Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias:

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu 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) Enfermedad ou lesão 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 Días Meses Años 10

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 Días Meses Años 5

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, separalas 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.



Núm. expediente: **20241007/008269**

Materia e procedimiento: INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

Oficina tramitadora: **OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE TEO**

LICENZA DE ENTERRAMENTO

D./D.^a EVA BERNARDEZ PEREIRAS

En **Teo**, o **7** de **octubre** de **2024**.

Acreditada a defunción de D./D.^a **CELIA AMENAL GÓMEZ**, con Documento Identificativo DNI núm. **33148577B**, con último domicilio conocido en **LUGAR DE PIRO Nº 19, OZA, TEO (A CORUÑA)** segundo a certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **7** de **OCTUBRE** de **2024** ás **04:48** horas, ocurrida en **TEO (A CORUÑA)**.

CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para DAR SEPULTURA/INCINERAR o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran doce horas desde a do falecemento.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
07/10/2024 12:25

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:KPd4-zhCk-yt6Q-j4ZN

