

OTROS CONCEPTOS

18.0 B. Jesús, Carmen y Pablo (202)°

FALLECIDO:

Donato Galán Hernández

SF-S6
ST-9

Fecha de fallecimiento

22-1-2025

Domicilio

H. Clínico - San Llamed de Pinedo

Teléfonos:

659557028

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	CA. 1'90	Medida
Capilla ardiente	BERNARDINO 2	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Hospital Clínico - Tanat. Bernardino	
	COUPO 3	
	Prensa	
	Radio	
	2 Radios Jueves	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100	
Ómnibus acompañamiento	10	
Turismo	id. Taxi	
Certificado médico	XG.	Registro Civil Santiago
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura	Annes X Pinedo	
Iglesia	San Llamed de Pinedo	
Incineración		Urna: Campana (Pase Alvar)
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino (Jose H)
Cantores	ANA	Funeral: 1+1
Flores	1 Caro: Esposa	
	1 Caro: Hija e H. política	
	1 Caro: Nieto	
	Xenbo 24 R. blancos E. caja S/cinta	

☒ Sudario

☒ Cubredifuntos

☒ Acondicionamiento

☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Dario Galin Muniz D.N.I. Nº 33770119-N
id. de los padres Jose - Maria
Naturaleza Ames Provincia Coruña
Día, mes y año de nacimiento 2-11-1938
Profesión Piñeiro Ames Estado Woto Domicilio San Mamed de
Piñeiro Ames
Fecha: 23:55 horas del día 22 de Enero de 2025
Fallecimiento: Domicilio H. clinico
Cementerio San Mamed de Piñeiro Ayunt.º Ames

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. M.ª Dolores Galin Fajin (_____) D.N.I. 33296473-V
domiciliado en Rua Accai, 55- 3º Val do Dubra,

D/ña. Dario Galin Muniz R L SEÑOR
falleció en San Mamed de piñeiro en el día de 23-1-2025 a los 86 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Yolana Fajin Villaseñorin
Hijos Angel y M.ª Dolores Galin Fajin

Hijos políticos San Jose, Belanda, Mariso
Nieto: Jorge Belanda Galin

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos 8.

Hermanos políticos 8.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos 3. Primos 8.
y demás familia.- Conducción _____

Funerales Libres
en la iglesia de San Mamed de piñeiro
CASA MORTUORIA: Apostol 2
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELLIDO
GABIN
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
MUNIZ
NOMBRE / NOME
DARIO
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
02 11 1938
IDESP
AED14348
VALIDO HASTA / VAL
01 01 95

GMD

DNI NÚM.
33170119W

Dario Gabin



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES
PROVINCIA-PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
HIJOA DE / FILLOA DE
JOSE / MARIA
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SAN MAMED PIÑEIRO SN
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
AMES
PROVINCIA-PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAED14348 33170119W<<<<<<
3811025M99010 8ESP<<<<<<<<<<<7
GABIN<MUNIZ<<DARIO<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos / APELLIDOS
GABIN FAJIN
Nombre / NOME
MARIA DOLORES
Sexo / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
Fecha de nacimiento / DATA DE NACIMENTO
17 09 2025
IDESP
7211058F2509172
VALIDO HASTA / VALIDEZ / VALIDEZ
17 09 2025

DNI 33296473V

Maria Fajin

975552



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. ARCAI 55 P03
VAL DO DUBRA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES
A CORUÑA
HIJOA DE / FILLOA DE
DARIO / URBANA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPBAC109901933296473V<<<<<<
7211058F2509172ESP<<<<<<<<<<<8
GABIN<FAJIN<<MARIA<DOLORES<<<<

SOLICITANTE


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105721652

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. **MANCOS LEBRERO ALVAREZ**

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **A CORUÑA**

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**

e con exercicio profesional en

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

151511752

1ª colegiación
1ª colegiación**CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de**

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

DARIO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

GABIN

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

MUNIZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 02

Mes 11

Año 1938

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33170119-W

Documento
de identidad:☐

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

Hora : minutos

23:55

Día 22

Día 22

Mes 01

Mes 01

Año 2025

Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: **SANTIAGO DE COMPOSTELA**Domicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

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) OCLUSIÓN INTESTINAL

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 ☒

Fecha del mismo: Día

Mes

Año

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sí ☒ 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 Santiago, a 23 de enero 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 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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 ☐ ☐

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 cubrimento das causas de defunção 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 Defunção.

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 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 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 ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de DARÍO GABÍN MUÑIZ, con documento identificativo DNI 33170119W, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 22 de enero de 2025, a las 23:55 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a , 23 de enero de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
23/01/2025 13:47

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:u5&T-deqY-JEEC-V2bd

