

OTROS CONCEPTOS

Intro Fr. Tus sobras *web*

OTROS CONCEPTOS

Intro Fr. Tus sobras *web*

OTROS CONCEPTOS

Intro Fr. Tus sobras *web*

FALLECIDO: Nombre Benedicto Fernandez Inguene D.N.I. Nº 33782379-A
id. de los padres Aurora - Camile - Aurora
Naturaleza Amor Provincia Coruña
Día, mes y año de nacimiento 22-8-1928
Profesión _____ Estado Casado Domicilio Barneine - Bugallido

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 31 de Marzo de 2025
Domicilio Barneine Bugallido
Cementerio San pedro de Bugallido Ayunt.º Amor

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

D/ña. Benedicto Fernandez Inguene L SEÑOR

falleció en Barneine - Bugallido en el día de 31-3-2025 a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Carmen Gomes Beltr

Hijos Herminda, Hª del Carmen Fernandez Gomes

Hijos políticos Ramiro Bouzas Gopeam y Carlos Moreno Gonzalez
nieta: Felix Oscar y Alberto, Stigela y Patricia

Padres nieta politica: Lorna y Guadalupe

Abuelos _____

Padres políticos Bonifacio, Mauro, Martina, Carmen y Mela y Prunio

Hermanos Carmen (+) Marcelino (+) Alejandra (+) Josefa (+)
Manuela y Herminda Fernandez Inguene

Hermanos políticos Si

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de San pedro de Bugallido

CASA MORTUORIA: hospital?

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
ANGUEIRA

NOMBRE / NOME
BENEDICTO

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
22 08 1928

IDESEP
AAC188817

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

FNB

DNI NÚM.
33182319N

Benedicto Fernandez



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

HIJOS DE / FILLOS DE
CAMILO / AURORA

DIRECCIÓN / DOMICILIO
LGAR. BARREIRO SN

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
AMES

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

GRUPO / GRUPO
15771L6D1

IDESPAAC188817733182319N<<<<<<<
2808222M9901018ESP<<<<<<<<<<<9
FERNANDEZ<ANGUEIRA<<BENEDICTO<

FALLECIDO

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
FERNANDEZ
GOMEZ

NOMBRE / NOME
MARIA ERMITAS

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
29 09 1954

NÚM. SUPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BOE184120 31 03 2031

Ermitas Fernandez 737280

DNI 33214622T



DIRECCIÓN / DOMICILIO
LGAR. LAPIDO SN

ORTOÑO
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
AMES
A CORUÑA

HIJOS DE / FILLOS DE
BENEDICTO / CARMEN

GRUPO / GRUPO
15771L6D1

IDESPBOE184120133214622T<<<<<<<
5409295F3103315ESP<<<<<<<<<<<2
FERNANDEZ<GOMEZ<<MARIA<ERMITAS

DECLARANTE (HIJA)



Colegio de



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105594485

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Alicia Isabel Castaño Carra, Dra.
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Bertanubain - Añes, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiación
Nº de colegiación

75 7502

Nº de colegiación
Nº de colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: BENEDICTO
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: TERRANDEZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: ANGUEIRA
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 22 Mes 08 Año 1928 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Data de nacemento Día 22 Mes 08 Ano 1928 Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33182319-N
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: -
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: -

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 07:00 Día 31 Mes 03 Año 2025
Hora e data da defunción Hora : minutos 07:00 Día 31 Mes 03 Ano 2025

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

Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

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) PARADA CARDIORESPIRATORIA Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Debido a / Debido a

Causas intermedias ³ / Causas intermedias ³
(b) INFECCION RESPIRATORIA Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Debido a / Debido a

(c) Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Debido a / Debido a

Causa inicial o fundamental ⁴ / Causa inicial ou fundamental ⁴
(d) ANOSIADADE-ENF RENAL CRONICA Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
INSUF. CARDIACA-FIBRILACION AVN. Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos ⁵ / Outros procesos ⁵
EPOC Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Sí ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? Si/Sí ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐

Fecha del mismo: Día 00 Mes 00 Año 0000
Data do mesmo: Día 00 Mes 00 Ano 0000

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade 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 radioactivos

☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Bartolomé, 31 de marzo de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

688585
DRA. ANA ISABEL CARRILLO
CARRILLO

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 Dias 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias 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 Dias Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias 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 Dias 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 Dias 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 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 pela causa imediata e se remate com a causa inicial ou fundamental, é-diz, numa orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palavras "devido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tan importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

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

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o comeco de cada afeição 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 á sua vez inferior ou igual ao I (c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é-diz, hai que expresar o periodo 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 Dias 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias 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 causalidade.

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20250331/022595 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada la defunción de **D. BENEDICTO FERNÁNDEZ ANGUEIRA**, con Documento Identificativo DNI núm. 33.182.319-N, y con último domicilio conocido en Lugar de Lapido- Ames (A Coruña)- España, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha del deceso el día 31 de Marzo de 2025, a las 07:00 horas, ocurrida en su domicilio anteriormente indicado, en Ames (A Coruña):

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar el cadáver de la persona referida, una vez transcurran **doce horas** desde la hora de fallecimiento.

En Ames, a 31 de Marzo de 2025.



