

FALLECIDO:

id. de los padres: Juan - Juana
 Naturaleza: Pedro - Rosa
 Día, mes y año de nacimiento: 1-3-1930
 Profesión: Soltero
 Estado: Soltero
 Domicilio: Fimintam - Buepallide
 Fecha: 08 horas del día 24 de mayo de 2025
 Fallecimiento: Domicilio: Fimintam - Buepallide
 Cementerio: San Pedro de Buepallide
 Ayunt.º: Amy

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA

Tomó: ; Página:) D.N.I.

domiciliado en

D/na. Rosa María de la Cruz
 F.L. SEÑOR

Falleció en Fimintam - Buepallide

en el día de 23-4-2025 a los 95 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa/a

Belén, Lita y Carmen Torres n.ºs. Orea, Pedro y
 Carmen Torres. Juan n.ºs. María del Carmen, Rosa
 María y Alejandro n.ºs. María del Carmen, Rosa
 María, José Antonio y Ana, doña Rosa

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos

Bisnietos

Tíos

Sobrinos políticos

Primos

y demás familia. - Conducción

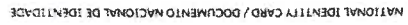
Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



357632

Memoria Tamas Abay

619181N83

NUM: 50301012

15 02 2022 15 02 2032

F ESP

SEXO / SEXO : NACIONALIDADE / NATIONALITY : ESP
NASCIMENTO / BIRTHDATE : 17 05 1958

MANUEL

U. S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
BUREAU OF PLANT INDUSTRY

ABBY

TORRES

332348307 DNI

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33237830

33

400-768-7000
1-577-116D1



MANUEL / JULIA

A CORUÑA

TEO

LUGAR DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO

A CORUÑA

AMES

BUGALLID0

DOMICILIO DOMICILIO
LGAR. FIRMISTANS.62

33160237-X



Espana

SERAFIN
PRIMER APELLIDO
ABOY
SEGUNDO APELLIDO
MARINO

EXPED. 10-02-2000 VAL. 10-02-2010

~~Aug 17 1964~~

IDESP33160237X0>>>>>>>>>>>>>>>>
3003013M1002104ESP<<<<<<<<<8
ABOY<MARINO<<SERAFIN<<<<<<<<

PROVINCIA A CORUNA EQUIPO 1577116D1

LOCALIDAD AMES

DOMICILIO LGAR BUGALLIDO-FIRMISTANS

HUO : A DE JUAN Y JULIA

PROVINCIA A CORUNA

NACION PADRON

SEXO A

EL 01-03-1930



Colegio de **Madrid**
Nº Certificado/Nº certificado
105527259

Colegio de **Madrid**
Nº de colegiado
Nº de colegiado
Nº de colegiado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

363 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.E. incluido.

CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICADO a defunción de
Nombre del fallecido/a: **Francisco Javier López**
1º Apellido del fallecido/a: **López**
2º Apellido del fallecido/a: **López**
Fecha de nacimiento: **11/05/1951**
Sexo: **Varón**
D. / Dña. **Francisco Javier López**
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **Madrid**
Y con ejercicio profesional en **Madrid**
e con ejercicio profesional en **Madrid**

Fecha de nacimiento: **11/05/1951**
Sexo: **Varón**
D. / Dña. **Francisco Javier López**

Documento: **D.N.I.**
Número: **33160237-2**
Documento: **Pasaporte**
Número: **33160237-2**
Documento: **N.I.E. (Tarjeta de Residencia)**
Número: **33160237-2**

Hora y fecha de la defunción: **00:00** **04/02/25**
En qué municipio ocurrió la defunción: **Madrid**
¿En qué municipio ocurrió la defunción? **Madrid**

Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Intervalo de tiempo aproximado: **1**

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones en página 2)
Intervalo de tiempo aproximado: **1**

1. Causa inmediata / Causa inmediata
(a) **FALTO DE VITALIDAD**
Debido a/Debido a

(b) **DEMECER**
Debido a/Debido a

(c) **DEMECER**
Debido a/Debido a

(d) **DEMECER**
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial o fundamental
Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Otros procesos
Debido a/Debido a

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / ¿Hubo indicios de muerte violenta?
S/ SI ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / ¿Practicó autopsia clínica?
S/ SI ☐ No/Non ☒

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / ¿A defunción ocurrió como consecuencia directa o indirecta de?
S/ SI ☐ No/Non ☒

Accidente de tráfico ☒ Accidente laboral ☐ S/ SI ☐ No/Non ☒
Fecha del mismo: **04/02/25**
Mes **04** Año **2025**

Continúa al reverso
Continúa al reverso

[Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?]

SUS ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

(Posibilidad de inclinación?/Possibilidade de inclinação)

SUS ☒ No/Non ☐

Inclinación condicionada por: Inclinación condicionada por:

Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapassos

Tratamiento con Isótopos Radiactivos/Tratamento com Isótopos radioactivos

Existencia de prótesis/Existência de próteses

En de 24 de 2021

Signature du médecin

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 por la causa inmediata y se remite a la causa inicial o fundamental, a 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 circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

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 este 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 sólo 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).

Ejemplo: Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.
Para mes y medio, anotar 45 días

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.

Causas intermedias:
Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral debido a (b) Hipertensión arterial (c) Estado patológico señalado en la línea (a) por consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Causa inicial o fundamental:
(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Anotar una única causa, a que se le atribuya la responsabilidad de la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático
Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Causa inicial o fundamental:
(c) Pielonefritis crónica debido a (b) Hipertensión arterial (d) Estado patológico señalado en la línea (a) por consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Causa inicial o fundamental:
(b) Hipertensión arterial (c) Estado patológico señalado en la línea (a) por consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Causa inicial o fundamental:
(a) Estado patológico señalado en la línea (a) por consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Causa inicial o fundamental:
(a) Estado patológico señalado en la línea (a) por consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Causa inicial o fundamental:
(a) Estado patológico señalado en la línea (a) por consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Causa inicial o fundamental:
(a) Estado patológico señalado en la línea (a) por consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

LICENZA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20250424/016735
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **don SERAFÍN ABOY MARIÑO**, con Documento Identificativo DNI núm. **33 160 237-X**, co derradeiro enderezo coñecido en **Firmistáns 62, Bugallido, Ames, A Coruña, España**, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **24 de ABRIL de 2025, as 00:08 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, **24 de abril de 2025.-**



