OTROS CONCEPTOS

476 Web SF:23 (Amos) SI:46

FALLECIDO: Amelia Amparo Vilas Anqueira

Fecha de fallecimiento 1-4-2025

Domicilio Bastavalima nº1 - Bastavales

Teléfonos: 651240320 E-mail:

COOP. BASTIVALES 2807'59

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo ..... Medida	799
Capilla ardiente Bata, 2 Sala Prep. ..... Libro	556
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X Domicilio - Tanatorio	
Miércoles 17:45 Prensa X Reparto de esquelas (Isa)	67
Radio X Mercalg 1	114'88
~~Recordatorios fúnebres~~ / tarjetas X 100	
Ómnibus acompañamiento no	
Turismo ..... id. 17:30h recoger cura	
Certificado médico X Si Registro Civil: X Brión	
Carroza ..... Personal	
Ayunt.º: Sepultura Brión X Pinedo	125
Iglesia San Julian de Bastavales	
Incineración ..... Urna:	72
Presencian ..... ☐ SI ..... ☐ NO ..... Destino Pablo.	
Cantores X Felisa Funeral: 1 + 2 100732	X 170
Flores 1 ramo: Esposo • 1 ramo: Hijos e Hija política • 1 ramo: Nietos y Bisnieto • x 6	429
☐ Sudario ..... ☐ Cubredifuntos ..... ☐ Acondicionamiento ..... ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre Amalia Amparo Vilas Anqueira D.N.I. Nº 33777188X

id. de los padres Florentino - Carmen

Naturaleza Brión Provincia Coruña

Día, mes y año de nacimiento 10-6-1930

Profesión Estado Casado Domicilio Bastavalinos nº1

Bastavales Brión

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 1 de Abril de 2025

Domicilio Bastavalinos nº1 - Bastavales - Brión

Cementerio San Julian de Bastavales Ayunt.º Brión

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L. SEÑOR

D/ña. Amalia Amparo Vilas Anqueira

falleció en Bastavalinos nº1 - Bastavales en el día de 1-4-2025 a los 94 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Jose Fernandez Guerra

Hijos Elena y Ramon Fernandez Vilas

Hijos políticos Josefina Lage Mayo.

nietos: nº Dolores, nº Jose, Elena, Viviana y Ramon.

Padres Bisnieto: Víctor

Abuelos

Padres políticos

Hermanos no

Hermanos políticos:

Nietos políticos Bisnietos Tios Sobrinos Sí Primos Sí

y demás familia.- Conducción

Funerales Miercoles

en la iglesia de San Julian de Bastavales

CASA MORTUORIA: Apostal 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

no

España

33177188-X

NOMBRE / NOME
AMALIA AMPARO
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
VILAS
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
ANGUEIRA

EXPED. 14-09-2005 VAL. PERMANENTE
IDESP

Ministerio del Interior

NACIÓ EN / NACEU EN: BRION
PROVINCIA / PROVINCIA: A CORUÑA — EL / O: 10-06-1930
HIJO / A DE / FILLO / A DE: FLORENTINO / CARMEN — SEXO / SEXO: M-F
DOMICILIO / DOMICILIO: LGAR BASTAVALES-BASTAVALIÑOS 1
LOCALIDAD / LOCALIDADE: BRION
PROVINCIA / PROVINCIA: A CORUÑA — EQUIPO / EQUIPO: 15771L6DR

IDESP33177188X5<<<<<<<<<<<<<<<
3006106F9912315ESP<<<<<<<<<<<2
VILAS<ANGUEIRA<<AMALIA<AMPARO<

FALLECIDA

España

33177183-M

NOMBRE / NOME
JOSE
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
FERNANDEZ
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
GUERRA

EXPED. 14-09-2006 VAL. PERMANENTE
IDESP

NACIÓ EN / NACEU EN: BRION
PROVINCIA / PROVINCIA: A CORUÑA — EL / O: 11-09-1928
HIJO / A DE / FILLO / A DE: RAMON / SEVERINA — SEXO / SEXO: V-M
DOMICILIO / DOMICILIO: LGAR BASTAVALES BASTAVALIÑOS 1
LOCALIDAD / LOCALIDADE: BRION
PROVINCIA / PROVINCIA: A CORUÑA — EQUIPO / EQUIPO: 15771L6D1

IDESP33177183M9<<<<<<<<<<<<<<<
2809115M9901018ESP<<<<<<<<<<<0
FERNANDEZ<GUERRA<<JOSE<<<<<<<<

SOLICITANTE

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA -

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — Sello / *Selo*

105527409

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* [illegible]

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* 501414 DRA. MYRIAM SANCHEZ GRAÑA, con el número / *co número* Galicia / 1527025964

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Ribeira

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

1º Apellido del fallecido/a: / *1er Apelido do falecido/a:* VILAS

2º Apellido del fallecido/a: / *2º Apelido do falecido/a:* FRAGUEIRA

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento* — Día / *Día* 10 — Mes / *Mes* 06 — Año / *Ano* 1930 — Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* ☐ Mujer / *Muller* X

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
- X D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33172788X
- ☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / *Hora e data da defunción* — Hora : minutos / *Hora : minutos* 14:45 — Día / *Día* 01 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 2025

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* X — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* ☐ — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* ☐ — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* ☐ — Otro lugar / *Outro lugar* ☐

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.E. incluído*

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) Muerte cardiorespiratoria — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / *Causas intermedias[3]*

(b) Shock — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental[4]*

(d) Shock — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

Enfermedad coronaria crónica

II. Otros procesos[5] / *Otros procesos[5]*

Insuficiencia cardiaca — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / *¿Houbo indicios de morte violenta?* — Sí / *Si* ☐ — No / *Non* X

¿Se practicó autopsia clínica? / *¿Practicouse autopsia clínica?* — Sí / *Si* ☐ — No / *Non* X

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / *¿A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:*

Accidente de tráfico / *Accidente de tráfico* — No / *Non* ☐ — Sí / *Si* ☐

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ☐ — Sí / *Si* ☐

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso / *Continúa ao reverso*

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Si* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* No recuerdo

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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***

Consejería de Atención Primaria

501414

En/*En* Burón, a/*a* 2 de/*de* Marzo de/*de* 2021

Firma del médico / *Sinatura do médico*

DRA. Mª BELEN SÁNCHEZ

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 4 5 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 ↓ Horas 3 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

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

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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 Defunción.*

***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 defunción, 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 excluintes, 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 4 5 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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

II

5 *Outros procesos:*

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐5

Outras 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.

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA
Y RELACIONES CON LAS CORTES

registrocivil

LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE BRIÓN
EXPEDIENTE NÚM.20250402/010927 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª AMALIA AMPARO VILAS ANGUEIRA con Documento Identificativo DNI y Nº 33177188X, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 01 de ABRIL de 2025, as 14:45 horas, ocorrida en DOMICILIO - BASTAVALIÑOS, 1 - BASTAVALES BRIÓN;

CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas desde a do falecemento.

En Brión o 02 de ABRIL de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
02/04/2025 10:44	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:SvEd-QtZT-WbsD-CzfC