

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Josefina Celso Jarama ST: 88 SC: 245
Fecha de fallecimiento: 21-2-2025
Domicilio: Gundin 22. Ando 17
Teléfonos: 54999 3496 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida <u>1017'96</u>	<u>712 57</u>
Capilla ardiente <u>BERNARDINO 1</u>	Sala Prep. <u>SI</u> Libro <u>X SI</u>	
Gestión funeraria <u>SI</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>X DOMICILIO REGION - TRAMAT. POSTAL</u>		
<u>SEVES</u> Prensa <u>NO</u>		
Radio <u>NO</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>		
Turismo id. <u>X SI</u>	Registro Civil <u>X DUVIN</u>	
Certificado médico <u>X SI</u>	Personal	
Carroza <u>Incinerado Completo</u>		
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia <u>Capilla</u>	- <u>Horario 29-20:30 hrs</u>	
Incineración <u>SI (16:00)</u>	Urna:	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Funeral:	<u>65'00</u>
<u>Flóres</u> <u>X Coro - Hija e Hija política</u>		
<u>Flóres</u> <u>X Coro - vietas y brimietos y bolinas</u>		

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Josefina Cacho Lamas D.N.I. N° 32459628-E
id. de los padres Gonzalo - Josefina
Naturaleza Frenal Provincia Couco
Día, mes y año de nacimiento 1-12-1937
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Gundin - 22. Antel

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 23 de Julio de 2025
Domicilio Gundin - 22. Antel
Cementerio Incinerado Complejo Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

D/ña. Josefina Cacho Lamas L SEÑOR
viuda de - Fernando Lirioan - Rommancin.
falleció en Gundin - 22. Antel en el día de 23-7-2025 a los 87 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Fernando Lirioan Cacho

Hijos políticos Immaculada Puertas Flaer
Nietos: Lola y Fernando Lirioan Puertas

Padres _____

Abuelos Bisnietos: Matteo y Lea

Padres políticos Doña y Doña - pereira Cacho.

Hermanos no

Hermanos políticos no

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Si

en la iglesia de Capilla Complejo

CASA MORTUORIA: Apartal - 1

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

no

OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSA Coruña
Colegio deCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105614720

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Omar Alberto Delgado Recalde

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Bertemirans, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enColegio actual
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151811033

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: Josefina
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: Calvo
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: Lamas
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 12 Año 1931 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento: Día 01 Mes 12 Ano 1931 Sexo: Varón ☐ Muller ☒Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 32469628-E
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 14:30 Día 23 Mes 07 Año 2025
Hora e data da defunción: Hora : minutos 14:30 Día 23 Mes 07 Ano 2025¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: BrionDomicilio 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
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) Parada Cardiorespiratoria
Debido a/Debido aCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b) Sepsis
Debido a/Debido a(c)
Debido a/Debido aCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) Úlceras Decúbr. Infectadas
Debido a/Debido aII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Sí/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practícouse 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 ☒
Accidente de tráfico Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

Continúa al revés.

¿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 Bertamirans, a 23 de Julio 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

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 **Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dizer, 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 transcurrido 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 decir, 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 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) 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. Anótase 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 ☐ ☐

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 ☐ ☐

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.



LICENZA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE BRIÓN
EXPEDIENTE NÚM.20250724/007863 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª JOSEFINA CALVO LAMAS con Documento Identificativo DNI y Nº 32469628E, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 23 de XULLO de 2025, as 14:30 horas, ocorrida en DOMICILIO;

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 24 de XULLO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
24/07/2025 10:29

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:tre5-ccs2-NYdQ-cZft

