

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

ST:54
ST:402

FALLECIDO: Nombre Josefina Orgera Bermudez D.N.I. N° 33175794 L
id. de los padres Angel y Eucaristia
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 6 Agosto 1943
Profesión Santiago Estado Viuda Domicilio Lugar Lavacolla 67

Fallecimiento: Fecha: 26/20 horas del día 16 de Agosto de 2025
Domicilio Residencia Ambarque A Estada: Rúa da Cultura 12-36680
A Estada - Pontevedra
Cementerio San Pedro de Visma Ayunt.º A Coruña

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. Josefina Orgera Bermudez **L A SEÑORA**
Vda de Manuel Fandiño Brea - Vecina de Lavacolla Santiago
falleció en en el día de a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Jose Manuel y Alejandro Fandiño Orgera

Hijos políticos Natalia Garcia y Anabel Crespo

~~Padres~~ Si compuesto: Pepe Taboada

~~Abuelos~~

~~Padres políticos~~

Hermanos Maria del Carmen y Neves Orgera Bermudez

Hermanos políticos Si María

Nietos pa Ana, Irene y delicia; Sergio & Tago pa Maria Jose, Ana y Sonia
Bisnietos Tios Sobrinos Primos Sr

y demás familia.- Conducción y demás familia

Funerales

en la iglesia de San Pelago de Sabaderra

CASA MORTUORIA: Quintana

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIDOS
**ORGEIRA
BERMUDEZ**
NOMBRE / NOME
JOSEFINA
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
06 08 1943
NUM SOPORT
BPE148503 01 01 9999
VALIDEZ / VALIDEZ
716928

Josefina Orgeira

DNI 33175794L

DOMICILIO / DOMICILIO
**LGAR. LAVACOLLA 67 /
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA**
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
**SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA**
HIJO/A DE / FILLO/A DE
ANGEL / ENCARNACION

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



IDESPBPE148503133175794L<<<<<<
4308069F9901018ESP<<<<<<<<<<<<2
ORGEIRA<BERMUDEZ<<JOSEFINA<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIDOS
**FANDINO
ORGEIRA**
NOMBRE / NOME
JOSÉ MANUEL
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
25 01 1967
NUM SOPORT
BGV141274 20 04 2028
VALIDEZ / VALIDEZ
179648

Jose Manuel

DNI 32780176R

DOMICILIO / DOMICILIO
**C. EMILIO GONZÁLEZ LÓPEZ 58 B P10 J
A CORUÑA
A CORUÑA**
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
**A CORUÑA
A CORUÑA**
HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / JOSEFINA

EQUIPO / EQUIPO
15381E6D1



IDESPBGV141274532780176R<<<<<<
6701251M2804202ESP<<<<<<<<<<<<3
FANDINO<ORGEIRA<<JOSE<MANUEL<<

SOLICITANTE (HIJO)

105714425

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de Colegio de



D./Dña.
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

, con el número
, co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

362889180

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 06

Mes 08

Año 1943

Sexo:

Varón

Mujer

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

33175794-4

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos 20:20

Día 16

Día 16

Mes 08

Mes 08

Año 2025

Año 2025

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) Parada cardio-respiratoria

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Insuficiencia cardíaca de compensación

Debido a/Debido a

(c) Enfermedad renal crónica en diálisis

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ICATVS

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Anemia perniciosa

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

Si/ Si

No/ Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/ 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
Accidente de tráfico

No/ Non
Si/ Si

Accidente laboral
Accidente laboral

No/ Non
Si/ Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿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 A Estrada, a 16 de Agosto de 2023

Firma del médico
Sinatura do médico

Dr. Luis Portales
01-362889180

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

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 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 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 excluíntes, 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

Otras recomendacións

- 1.Emplegar 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 JUSTICIA



**LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/
INCINERACIÓN**

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE A
ESTRADA EXPEDIENTE SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª **JOSETINA ORGEMIA BENÍJUEZ**

con Documento Identificativo DNI/NIE/PASAPORTE **33775794 L**, según la
certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16/08/2025**
a las **20:20** horas, acaecida en **A ESTRADA**
SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona
reseñada, una vez transcurra el plazo legalmente establecido.

En A Estrada

Fecha:

17-8-2025

EL/LA ENCARGADA DE REGISTRO CIVIL



