

FALLECIDO:

Tis Dances

[illegible]

FALLECIDO:

ST-46 Hmes
ST-45Z
SC-304

Fecha de fallecimiento...

Domicilio Caballero-Torres-Ares

Teléfonos: 630591141

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	1300
Capilla ardiente	Sala Prep. ☒ Si ☒ Libro	640 + 54 + 28
Gestión funeraria	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado	☒ Domicilio - Completo	107
Prensa		
Radio	☒ Hienas	11488
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	☒ Casa a las 15:40 hrs.	46
Certificado médico	☒ Si ☒ Ames	3
Carroza	Personal (Hienas x la mañana)	Flores y Canzón
Ayunt.º: Sepultura	☒ Cementerio Santo Iobris - Viza	FAMILIA
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO APOSTOL	15125
Incineración	Urna: 16:30	351 + 9070
Presencia	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	Funeral: ☒ M. V.	60 (111451)
Flores	☒ Centro 18 Regin: Fillos e fillos políticos	80
	☒ Centro 18 B: Irmãos e irmãs políticos	80
	☒ Centro 18 Regin: Sobrinhos las	80
		2470
		7350

☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre José Casas García D.N.I. Nº 33208452V
id. de los padres José y Manuela
Naturaleza Amer Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 5-julio-1951
Profesión _____ Estado Divorciado Domicilio Carballo, 35-Trasmonte-Amer

Fallecimiento: Fecha: 10:33 horas del día 10 de 9 de 2025
Domicilio Carballo-Trasmonte-Amer
Cementerio Incin. Complejo Apostol Ayunt.º Sto

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. Carlos Rúa Casas (sobriño) D.N.I. 33286809J
domiciliado en Carballo, 19-Trasmonte-Amer

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ 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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105714977

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE AD./Dña.
D. / Dña.

Carlos Becerra Becerra

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

A Coruña

Santiago

, con el número
, co númeroColegio actual
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151506254

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSE

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

CASAS

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

GARCIA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día 05

Mes

Mes 04

Año

Año 1951

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒D.N.I.
D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento
de identidad:☐Pasaporte
Pasaporte

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

10:33

10:33

Día

Día 10

Mes

Mes 07

Año

Año 2021

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

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)

PARO CARDIACO

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

HIPERTENSION ARTERIAL

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(e)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(f)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(g)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(h)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(i)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(j)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(k)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(l)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(m)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(n)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(o)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(p)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(q)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(r)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(s)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(t)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(u)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(v)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(w)

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non

Si/Si

Si/Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

□□□□□

□□□□□

①②③④⑤ (ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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

En Aves, a 10 de Septiembre 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 ☐ ☐ 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 imediata 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 Defunção.

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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) Hemorragia 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. 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 ENTERRAMENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20250911/008128
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de don **JOSÉ CASAS GARCÍA**, con Documento Identificativo DNI núm. **33 208 452-V**, co derradeiro enderezo coñecido en Susavila de Carballo 35, Ames, A Coruña, España, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **10 de septiembre de 2025, as 10:33 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, 11 de septiembre de 2025.-

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
11/09/2025 12:09

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:qGU4-9U2T-\$x4z-WWrq

