

ST: 084
ST: 013

ST: 084
ST: 013

ST: 084
ST: 013

ST: 084
ST: 013

ST: 084
ST: 013

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1 (Cerrado)	Medida	
Capilla ardiente	Bate, 3	Sala Prep.	Libro
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUUV	
Carroza traslado	Dep Carroza - Tant. espósil		
	Careo 2 (Jueves)		
Prensa			
Radio	Atardecido y Jueves		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100		
Ómnibus acompañamiento			inscrip x bus
Turismo	id Taxi Lita		
Certificado médico	Asesoría	Registro Civil	Asesoría
Carroza		Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Amor		
Iglesia	San Esteban de Cobas		
Incineración		Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Edición	Funeral:	
	1. Centro 36 RB. Tus hijos e hijas p. flores		
Flores	1. Centro 36 RB. Familia do Brasil		
	1. Centro 36 RB. Tus nietos y bisnietos		
☒ Sudario	☒ Cubredifuntos	☐ Acondicionamiento	☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre DOLORES AMOR VÁZQUEZ D.N.I. N° 33186088 V
id. de los padres JOSÉ y ROSA
Naturaleza CERCEDA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 02 de marzo de 1932
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio RESIDENCIA SANTA
TERESA DE JORNET, EIRIS - A CORUÑA

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 7 de octubre de 2015
Domicilio SANTA TERESA DE JORNET, 4 - EIRIS DE ARRIBA (A CORUÑA)
Cementerio _____ Ayunt.º _____

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. MARÍA DEL CARMEN BELLO AMOR (Hija) D.N.I. 33207116 S
domiciliado en RUELA DE BRIÓN, 11 E - 2º IZQ - SANTIAGO

LA SEÑORA

D/ña. DOLORES AMOR VÁZQUEZ (CASA DO NIEVO)
(VIUDA DE JOSÉ BELLO DOBRA) (VECINA DE LORELOS - COBAS - AMES)

falleció en _____ en el día de 07/10/25 a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos MARÍA DEL CARMEN y JOSÉ BELLO AMOR

Hijos políticos JESÚS PEREIRA SÁNCHEZ y MARISA BALBUENA NIETO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

nietos políticos

Nietos Si Bisnietos Si Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción ya familia de Basilio

Funerales Jueves 16:00 h

en la iglesia de San Esteban de Cobas

CASA MORTUORIA: Aspás, 3

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



5318614

NOMBRE	DOLORES
PRIMER APELLIDO	AMOR
SEGUNDO APELLIDO	VAZQUEZ

EXPED. 26-09-2000 VAL 26-09-2010
IDESP

EL 02-03-1932

sexo M-F

..DND AMES

28 A CORUÑA

EQUIPO 15771L6D1

E SP33186188V7<<<<<<<<<<<<<
-Z03020F1009262ESP<<<<<<<<<<4
AMOR<VAZQUEZ<<DOLORES<<<<<<<<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

332071165

332071165

DM 332071165

APellidos / APELLIDOS
BELLO
AMOR

Nombre / NOME
MARIA DEL CARMEN

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTS
F ESP 12 09 1951

EMISION / EMISSAO VALIDEZ / VALIDADE
18 10 2021 01 01 9999

NUM. DORSAL
CAT195101

489856

RUELA, DE BRION 11 E P02
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO
AVES
A CORUÑA

JOSE / DOLORES

DESPCAT195101033207116S<<<<<<
3109126F9901018ESP<<<<<<<<<5
BELLO<AMOR<<MARIA<DEL<CARMEN<<

SOLICITANTE (HIJA)

OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105728267

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. JZANIR HERNANDEZ RODRIGUEZ
D. / Dña. CORUÑA
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Residencia Santa Xosé, Jorret, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
151512094
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: DOLores
Nome do falecido/a: DOLores
1º Apellido del fallecido/a: ANOR
1er Apelido do falecido/a: ANOR
2º Apellido del fallecido/a: VAZQUEZ
2º Apelido do falecido/a: VAZQUEZ

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 02 Mes 03 Año 1932
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33106180-V
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 19:43 Día 07 Mes 10 Año 2025
Hora : minutos 19:43 Día 07 Mes 10 Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: CORUÑA
Domicilio 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 aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) Parada Cardíaca respiratoria
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c)
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) Envenenamiento por alcohol
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos / Outros procesos

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? / Practicouse 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 Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem 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

Dra. IZAMIR HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Coleg. 6° 15/1512844

En Coruña a 09 de Octubre 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 pola causa imediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, é dicir, nunha orde natural de arriba para 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 a I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que anotar unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado 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. 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 ☐ ☐ 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 ambigüedades.
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



OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE A CORUÑA

Calle Emilia Pardo Bazán n.º 24

15005 A Coruña

e-mail: registrocivil.acoruna@justicia.es

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dña. **DOLORES AMOR VAZQUEZ** con DNI/NIE núm. 33186188V ocurrida en A Coruña, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 07 de OCTUBRE del 2025 a las 19,43 horas; **SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver** de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la hora del fallecimiento.

En A Coruña, a 08 de OCTUBRE del 2025.

LA ENCARGADA
Beatriz Latorre Díaz

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
08/10/2025 11:17

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:Asb8-ZM4S-NUD9-Krmx

