

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Francisco Emilio Casco Montaña

Fecha de fallecimiento 24-12-2025

Domicilio Barrio 13- Buñon

Teléfonos: 977 23 61 61 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C1</u>	Medida <u>1190</u>	
Capilla ardiente <u>TRICOTERAPIA</u>	Sala Prep. <u>SI</u>	Libro <u>SI</u>
Gestión funeraria <u>SI</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>DETALLADO</u>		
<u>3 horas</u> Prensa		
Radio <u>May. 2-veces</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>		
Turismo <u>id.</u>		
Certificado médico <u>SI</u>	Registro Civil: <u>Buñon</u>	
Carroza <u>Personal</u>		
Ayunt.º: Sepultura <u>Buñon</u>		
Iglesia <u>San Felix de Buñon</u>		
Incineración	Urna: <u>Campana</u>	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores <u>Carlos</u>	Funeral: <u>112</u>	
<u>1-500</u> Flores <u>1 Conito 240 blancos F- caja violeta</u> <u>Elis y Paula</u> <u>1 Conito 2400 - blancos Job - Gpaa. Hijos</u>		

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

556 enca
COE gldivo

FALLECIDO: Nombre Francisco Emilio Garcia Montaña D.N.I. Nº 33157182-I
id. de los padres Andres - Maximina
Naturaleza Buon Provincia Catania
Día, mes y año de nacimiento 7-11-1937
Profesión _____ Estado Canadá Domicilio Linares 13 - Buon

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 24 de Diciembre de 2025
Domicilio Linares - 13 - Buon
Cementerio San Felix de Buon Ayunt.º Buon

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Francisco Emilio Garcia Montaña EL SEÑOR

falleció en Linares 13 - Buon en el día de 24-12-2025 a los 88 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Divina Rosa Rodriguez Miquem

Hijos Francisco + Begoña y Francisco Garcia Rodriguez

Hijos políticos Mónica Raap Couto
Nietos: Elia y Paula

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Nana (+), Jose (+), Amalia, Esther, Jesus (+) Garcia Montaña

Hermanos políticos S.

Se capilk se ~~de~~ a dia el mañana a las 10:30

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos S. Primos S.

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Jueves 13:00

en la iglesia de San Felix de Buon

CASA MORTUORIA: Importel }

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
GARCIA
MANTEIGA
NOMBRE / NOME
FRANCISCO EMILIO
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
07 11 1937
NUM BOFOT
BDN154925 VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

Francisco Garcia

168576

DNI 33157687J

DIRECCION / DOMICILIO
C. LINARES 13
BRION
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
BRION
A CORUÑA

HUJOA DE / FILLOA DE
ANDRES / MAXIMINA

IDESPBDN154925933157687J<<<<<<<<
3711077M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<9
GARCIA<MANTEIGA<<FRANCISCO<EMI

FALLECIDO

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
RODRIGUEZ
MIGUENS
NOMBRE / NOME
DIVINA ROSA
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
25 07 1948
NUM BOFOT
BFM191179 VALIDEZ / VALIDEZ
15 11 2027

Divina

445888

DNI 33192678K

DIRECCION / DOMICILIO
C. LINARES 13

BRION
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
ROIS
A CORUÑA

HUJOA DE / FILLOA DE
JOSE / CIPRINA

IDESPBFM191179633192678K<<<<<<<<
4807252F2711151ESP<<<<<<<<<<<<<9
RODRIGUEZ<MIGUENS<<DIVINA<ROSA

SOLICITANTE

(ESPOSA)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105970444

Colegio de

CORUÑA

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D/Dña.
D. / Dña.

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

Sancho, con el número
B. n.º

Colegio actual

Nº de coleg. año

Colegio actual

Nº de coleg. año

Nº de coleg. año

Nº de coleg. año

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

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Documento

X

D.N.I.

Número:

de identidad:

X

D.N.I.

Número:

Documento

Pasaporte

Número:

de identidad:

Pasaporte

Número:

Documento

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

de identidad:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

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 inmediata / Causa inmediata

(a) Defunción por insuficiencia cardíaca

Horas Días Meses Años

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) Defunción por insuficiencia cardíaca

Horas Días Meses Años

(c) Defunción por insuficiencia cardíaca

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) Defunción por insuficiencia cardíaca

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos / Outros procesos

Defunción por insuficiencia cardíaca

Horas Días Meses Años

¿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 No/Non X 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 reverso

Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

000000

000000

000000

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

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

Si/Si ☐ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

501414

En Buñón a 24 de Octubre de 2021

Firma del médico/Assinatura do médico
BELEN SANCHEZ
Selen 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 periodo 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 cumprimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa orde natural de arriba para a abaixo, respondendo ás palavras "debido a" que facilitan a compreensão do conceito de sequência lógica, tan importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o começo de cada afeição e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) deve ser inferior ou igual a I.(b), e este à sua vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é dizer, hai que expresar o periodo 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) Hemorraxia cerebral

debido a ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias:

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciure 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. Anótase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou a defunción. 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:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcurridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Reglamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de REION
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don FRANCISCO EMILIO GARCIA MARTINEZ
a defunción de don/a
ocurrida a las CINCO HORAS
ocorrida ás _____ horas del día VEINTICUATRO
de DICIEMBRE de DOS MIL VEINTICINCO
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento: _____
do fallecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcurridas as
sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.
vintecatro horas do falecemento
Registro Civil de VEGUEIRA
Rexistro Civil de _____
A VEINTICUATRO de DICIEMBRE
O _____ de _____
de DOS MIL VEINTICINCO
de _____

(El Juez)
(O xuíz)

Digo, la encargada



