

OTROS CONCEPTOS

Entro F.V. (Dad?) Alvaro y **PAGADO** "OK" 88⁰⁰

FALLECIDO: **JOSEFA CARMEN HERNANDEZ** (WPH)
 Fecha de fallecimiento: **1-DICIEMBRE-2020**
 Domicilio: **CARQUINANS - ANEIXENDA - ANES**
 Teléfonos: **686817650 Loly** E-mail:
 575/28
 480/54/1650
 146
 65
 375
 1433
 14113
 69

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C Medida	575/28
Capilla ardiente	Un. X 1. Arca 2 Sala Prep. si Libro si	480/54/1650
Gestión funeraria	si X Domicio - Tinet	146
Carroza traslado	X CORREO N° 3	65
Prensa	si X ANES	375
Radio	si X ANES	1433
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X 100	14113
Ómnibus acompañamiento	NO	69
Turismo	15.45 id. Recoger en Igbit	3
Certificado médico	X si Registro Civil: X ANES	158/127
Carroza	si Personal si	123
Ayunt.º: Sepultura	ANES X Pinelo	
Iglesia	X SANTA MARINA DE ANEIXENDA	
Incineración	si Urna: si X 70?	125
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino X Compenso (si) X 70?	70?
Cantores	si Cor Beb X D. Anbrw	85 (117011)
Flors	X CORONA D/R: SOBRIÑOS	143
	X CORONA D/R: SOBRIÑOS Pteop.	103
	X CENTRO 24 R/B: TU FAMILIA	95
	X ENCIMA CATA	
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	23/50
	☒ Acondicionamiento	79/50
	☐ Rosario	

Lit. Alvaro.

FALLECIDO: Nombre JOSEFA GABIN MUNIZ D.N.I. Nº 33123056-C
id. de los padres MARIA
Naturaleza AMES. Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 20-05-1935
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio LGAR DE QUINTANS
Nº4. AMEIXENDA - AMES

Fallecimiento: Fecha: 8:00 horas del día 1 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio LGAR QUINTANS Nº4. AMEIXENDA - AMES
Cementerio SANTA MARINA DE AMEIXENDA Ayunt.º AMES

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. ALFREDO DANIEL NIETO GABIN (SOBRINO) D.N.I. 33242781-P
domiciliado en LGAR CORTESADA 32. AMEIXENDA AMES

LA SEÑORA
D/ña. JOSEFA GABIN MUNIZ

VDA DE LINO GARCIA BEIROA
falleció en QUINTANS - AMEIXENDA - AMES en el día de 1-12-2025 a los 90 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos SOBRINOS, SOBRINOS PTOS, PRIMOS

Hijos políticos y DEMÁS FAMILIA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de SANTA MARINA DE AMEIXENDA - AMES

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

https://certificados.cgcom.es

58TXQA02HX

Id. electrónica/Id. electrónico

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105429980

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE AD./Dña. RECEDES RÍA DOMÍNGUEZ

D./Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO (A CORUÑA), con el número

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

y con ejercicio profesional en

a con ejercicio profesional en

Código actual
Código actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1151508954

Edición
Edición

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento

de identidad:

☒ D.N.I.☐ Pasaporte

Documento

de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

331231056-C

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora: minutos

Hora: minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

08:00

01

12

2025

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

ANES

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Otro lugar

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) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Debido a / Debido a

Horas

Días

Meses

Años

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Debido a / Debido a

Horas

Días

Meses

Años

(c)

Debido a / Debido a

Horas

Días

Meses

Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Debido a / Debido a

Horas

Días

Meses

Años

II. Otros procesos / Outros procesos

(e)

Debido a / Debido a

Horas

Días

Meses

Años

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

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

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

Sí/Sí

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Sí/Sí

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

(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 marcapassos
☐ Tratamiento con isótopos Radioactivos/Tratamento com isótopos radioativos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Betamirav, a 1 de Diciembre de 2025

Firma del médico
Assinatura do médico

632153
MERCEDES RUA DOMÍNGUEZ

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".

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: ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
Días: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Meses: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Años: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐
Horas: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Días: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Meses: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Años: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐
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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se termine com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "devido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tão 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".

Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo decorrido entre o começo de cada afecção 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 é sua vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é decir, 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: ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
Días: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Meses: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Años: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotarase 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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesão que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduziram 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐
Horas: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Días: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Meses: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Años: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐
Horas: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Días: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Meses: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Años: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Otras recomendaciones

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.

02

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20251201/028558 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada la defunción de **D^a. JOSEFA GABÍN MUÑIZ**, con Documento Identificativo DNI núm. 33.123.056-C, y con último domicilio conocido en Lugar de Quintáns Nº4 en Ameixenda (Ames)- A Coruña- España, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha del deceso el día 01 de Diciembre de 2025, a las 08:00 horas, ocurrida en su domicilio particular arriba indicado, en Ames (A Coruña):

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar el cadáver de la persona referida, una vez transcurran **doce horas** desde la hora de fallecimiento.

En Ames, a 01 de Diciembre de 2025.



