

OTROS CONCEPTOS

centro modelo 1. Registro **PAGADO** **SIMP. 1802** **Comunidad de Negreiros ub**

1 centro var. mod 1 VALENTIN **PAGADO** **SIMP. 1802** **TE ALVIAN TPV**

1 centro 18 rosas "TU HUA MAPAN" **PAGADO** **SIMP. 1801**

1 centro var. mod 1 "JACOBO Y SILVIA" **PAGADO** **SIMP. 1801**

1 centro 18 rosas "TU SOBERANO" **PAGADO** **SIMP. 1800**

1 centro var mod 1 CENTRO DE NEGROS DE NEGREIROA TPV **PAGADO** **SIMP. 1801**

1 centro 18 rosas "NIETOS Y BISNIETOS DE HALAGA TPV" **PAGADO** **SIMP. 1799**

1 centro var mod 1 **PAGADO** **SIMP. 1805** **NEGROS DE HALBURGO (659.617/147)**

ST-61
ST-136

FALLECIDO: MANUELA FACIORE FRAMIL

Fecha de fallecimiento 8 DICIEMBRE DE 2015

Domicilio PUNXERAS BAXAS, 18-OCTOJO - AIES

Teléfonos: 666.121.790 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C1 Medida 1'90	
Capilla ardiente	X TRICENTARIAS 2 Sala Prep. Si Libro X Si	
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado	X DOMICILIO - TANATORIO	
	NO	
Prensa		
Radio	X LUNGS	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	Si id. LITA	
Certificado médico	X Si	Registro Civil: X XCS
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura	AIES	X PASELO
Iglesia	X SAN JUAN DE OCTOJO	Urna: X Campana X 55
Incineración		
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	X FELISA	Funeral: X DORELLE (112) 170 X 117519
Flóres	Corona 40 rosas blancas: Tus hijos e hijos políticos. Corona 40 rosas blancas: Tus nietos y bisnietos.	

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre MANUELA FREIRE FRAMIL D.N.I. N° 33178850Q
id. de los padres JEREMIAS Y CONSUELO
Naturaleza AMES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26 DE DICIEMBRE DE 1927
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio PUNXEIRAS BAIXAS, 18
ORTOZO - AMES

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 8 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio PUNXEIRAS BAIXAS, 18 - ORTOZO - AMES
Cementerio SAN JUAN DE ORTOZO Ayunt.º AMES

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

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



33178850-Q

Manuel L. Dyer

EXPED. 24-08-2000 VAL. PERMANENTE
IDESP

Ministerio del Interior

NACIO EN AMES
PROVINCIA A CORUÑA EL 26-12-1927
HJO/A DE JEREMIAS y CONSUELO SEXO M-F
DOMICILIO LGAR PUNXEIRAS BAIXAS-ORTOÑO 18
LOCALIDAD AMES
PROVINCIA A CORUÑA EQUIPO 15771L6D1

IDESP33178850Q3<<<<<<<<<<<<<<<
2712262F9912315ESP<<<<<<<<<<6
FREIRE<FRANIL<<MANUELA<<<<<<<

FALLECIDA

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105714018

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina y Cirugía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
a con ejercicio profesional enPontevedra
AITE, con el número
, co número

Colegio oficial

Nº de colegiado

Nº de colexiado

Colegio oficial

Nº de colegiado

Nº de colexiado

Propagación
Procedimiento

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 26

Mes 12

Año 2025

Sexo:

Varón

Mujer

Documento

de identidad:

Documento

de identidad:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

33172250-R

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora: minutos

Hora: minutos

Día 07

Día 07

Mes 12

Mes 12

Año 2025

Año 2025

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

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro lugar

Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) NEOPLASIA DE COLON

ANEMIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) AGITACIÓN CARDIOVASCULAR

Debido a/Debido a

(c) HIPERTENSION ARTERIAL

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) ~~NEOPLASIA DE COLON~~

OSTEOPOROSIS

II. 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 No/Non

Accidente de tráfico Si/Si

Accidente laboral No/Non

Accidente laboral Si/Si

Fecha del mismo: Día

Data do mesmo: Día

Mes

Mes

Año

Año

* Vale corrección

57463462
M. CONCEPCION CABO
PEREZ 20250707Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

□□□□□

□

123456

(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?/Posibilidade 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

En Ames a 8 de dicuense de 2025

Firma del médico/Assinatura do médico
663462
INCEPAC
FERNANDEZ

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 Dias 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

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 Dias 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 Dias 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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, é d'icir, 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 defunção: "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 d'icir, 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 Dias 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Dias Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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 Dias 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 Dias 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, sepárelas 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. 20251209/009514
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **Dona MANUELA FREIRE FRAMIL**, con Documento Identificativo DNI **33 178 850-Q**, co derradeiro enderezo coñecido en **Punxeiras Baixas 18, Ortoño, Ames, A Coruña, España**, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **08 de decembro de 2025, as 08:00 horas, ocorrida no seu domicilio, AMES; CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce** horas desde a do falecemento.

En Ames, **09 de decembro de 2025.**



