

OTROS CONCEPTOS

ENTRO (24R Blancas): INFANTIL B- BASTAVALDES UD
 ENTRO (Var 2) 2/18: FAMILIA REGO LÓPEZ ERE
 ENTRO (24R 2/1): **PAGADO** web
 ENTRO (Var 2) 2/18: FAMILIA REGO LÓPEZ AGRA web (SIN 27.5)
 agua 40 rosas bl. "senior Bastan" Plautilla y cuerpo técnico TPV
 agua 40 rosas bl. "Familia Miran **PAGADO**" TPV

ST: 146
 02523161
 19123161

FALLECIDO: M^a del Carmen M^a de Panamite
 Fecha de fallecimiento: 30-12-2025
 Domicilio: Rda de Mxela 44- Buñ
 Teléfonos: 600 8762 60 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	21 Medida 1'90	
Capilla ardiente	Beatriz Añus 2 Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	Domicilio - Tanatorio Benamita	
	Foro 203 (x1205)	
	Miércoles 10:45	
	Foro 1	
Prensa		
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100	
Ómnibus acompañamiento	20	
Turismo	Id. 9 (Lits)	
Certificado médico	Si	Registro Civil Buñ
Carroza		Personal Buñ
Ayunt.º: Sepultura	Buñ	Procto
Iglesia	Santa M ^a de Angeles	
Incineración	Urna:	Si
Presencia	☐ SI ☐ NO	Campana 100
Cantores	Foro 1	1+1 (15323)
Flóres	Foro 1	
	Foro 1	
	Foro 1	
	Foro 1	
	Foro 1	

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Señorita del Carmen Mato Senamito D.N.I. Nº 78456285-R
id. de los padres José - Etelvina
Naturaleza Buón Provincia Colema
Día, mes y año de nacimiento 23-12-1994
Profesión Buón Estado vivir Domicilio Avda. Amélie 44

Fallecimiento: Fecha: 00:30 horas del día 30 de Diciembre de 2025
Domicilio Avda Amélie 44 - Buón
Cementerio Santa Señora de Amélie Ayunt.º Buón

Cónyuge: Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. Señorita del Carmen Mato Senamito L SEÑOR
Cuñada de José Bouras Aladeiro
falleció en Avda Amélie 44 - Buón en el día de 30-12-2025 a los 83 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos Ana Belén y Beatriz Bouras Mato

Hijos políticos Vicente Miras Amoreira y Oscar Espinosa Roca
 Nietos: Miguel, Gabriel y Andrés Miras Bouras; Luis Espinosa
Padres Bouras

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Nº 2

Hermanos políticos Nº 1

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Nº 1 Primos Nº 1

y demás familia.- Conducción _____
Funerales Viáticos
en la iglesia de Santa Señora de Amélie
CASA MORTUORIA: Apostol 2
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado
no

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
MATO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
SERRAMITO

NOMBRE / NOME
MARIA DEL CARMEN

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
23 12 1942

IDEMP
A0Q175757

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

MSM

DNI NÚM.
76456285F

Carmen (Mato)



EQUIPO: 1 EQUIPO
15771L6D1

IDESPA0Q175757276456285F<<<<<<
4212238F9901018ESP<<<<<<<<<<8
MATO<SERRAMITO<<MARIA<DEL<CARM

FALLECIDA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
CARACAS
 PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
VENEZUELA
 MADRE DE / MADRE DE
CARMEN / JOSE
 DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. ALQUEIDON ANGELES SN
 LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
BRION
 PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUNA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPASR173269333292044G<<<<<
7209189F2506090ESP<<<<<<<<<1
BOUZAS<MATO<<BEATRIZ<<<<<<<<<

DECLARANTE (HIJA)

106040677

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carpimbo

D./Dña. Begeun Jose' Franco Barbero Uceda
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en San sup de C., con el número
en Medicina e Cirugía, colixado/a en Be Seunans., co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: NOBIA DEL CARMEN
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: NATO
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: SERRAUNTO
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 23 Mes 12 Año 1942 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento Día Mes Año Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 76476280-F
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 : minutos 00:30 Día 30 Mes 12 Año 2025
Hora e data da defunción Hora : minutos Día Mes Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: Br. San
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 instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PODADA CORDO RESPIRATORIA
Debido a/Debido a
Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) PODADA CORDO RESPIRATORIA
Debido a/Debido a
(c) PODADA CORDO RESPIRATORIA
Debido a/Debido a
Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) ENFERMEDAD NO POCA SICA AVANZADA
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
PODADA CORDO RESPIRATORIA
Debido a/Debido a

¿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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐ Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

SI/Se ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

SI/Se ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

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

En **Bnov**, a **30** de **Diciembre** de **2025**

Firma del médico
Sinatura do médico

e. Fraque
21/11

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

☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ 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 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 periodo nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houver que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informadolo 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 produciu 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 o 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 á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
Horas 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

☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
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, sepárase 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



LICENZA DE ENTERRAMENTO
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE BRIÓN
EXPEDIENTE NÚM.20251230/010795 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/D^a MARÍA DEL CARMEN MATO SERRAMITO con Documento Identificativo DNI y N^o 76456285F, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 30 de DECEMBRO de 2025, as 00:30 horas, ocorrida en DOMICILIO ;
CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas hábiles desde a do falecemento.

En Brión o 30 de DECEMBRO de 2025.



