

OTROS CONCEPTOS

entro 18 R.B. - F. Zarate Brives •  
entro 24 R.R. - Jorge y familia •  
entro 18 R.B. eximia corp: Alicia • 2R2  
entro 18 R.R. - Vicent, Jaime, Juli y familia 2R2 •  
entro 24 R.B. - Leticia y Angeles • 2R2  
entro 18 B. - F-otro Vaguer. • 2R4  
entro 18 R.R. - F. Barrios • 2R2  
entro 18 B. - Consuelo y familia y Honor • TPV (S.231)  
entro 18 B. - PACADO • TPV 230  
entro 40 R.R. - H. y familia • TPV (229)  
entro 18 B. - G. y familia • ekchivo  
entro 18 B. - PACADO • 2R2 ekchivo  
entro md 1: Dani, PACADO • TPV

FALLECIDO:

Mazina Garcia Fernandez

Fecha de fallecimiento

5- febrero - 2026

Domicilio

Auda Mahia 85 - Beremien

Teléfonos:

981883079

E-mail:

| CONCEPTOS                                                                               |                                                                           |                                          | Servicio prestado                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Arca modelo                                                                             | CD                                                                        | Medida                                   | 190                                                           |
| Capilla ardiente                                                                        | T. Beremien 3                                                             | Sala Prep.                               | si Libro X si                                                 |
| Gestión funeraria                                                                       | si                                                                        | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV |                                                               |
| Carroza traslado                                                                        | Domicilio - Beremien                                                      |                                          |                                                               |
| Prensa                                                                                  | X Correo n: 3                                                             |                                          |                                                               |
| Radio                                                                                   | X Beremien y X Beremien                                                   |                                          |                                                               |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas                                                       | X 50                                                                      |                                          |                                                               |
| Ómnibus acompañamiento                                                                  |                                                                           |                                          |                                                               |
| Turismo                                                                                 | Id.                                                                       |                                          |                                                               |
| Certificado médico                                                                      | X si Registro Civil: X ST20                                               |                                          |                                                               |
| Carroza                                                                                 | Personal                                                                  |                                          |                                                               |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                      | X Pineda Anes                                                             |                                          |                                                               |
| Iglesia                                                                                 | San Juan de Odró                                                          |                                          |                                                               |
| Incineración                                                                            | Urna:                                                                     |                                          |                                                               |
| Presencia                                                                               | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                   | Destino                                  | 1+2                                                           |
| Cantores                                                                                | X Felia                                                                   |                                          |                                                               |
| Flores                                                                                  | X Correo Tu hermana - R. Rojas •<br>X Correo Tus sobrinos - R. Beremien • |                                          |                                                               |
| Sudario <input type="checkbox"/> Cubrefúntos <input checked="" type="checkbox"/> Vestir |                                                                           |                                          | Acondicionamiento <input checked="" type="checkbox"/> Rosario |

ST-12

FALLECIDO: Nombre ..... D.N.I. Nº .....  
id. de los padres .....  
Naturaleza ..... Provincia .....  
Día, mes y año de nacimiento .....  
Profesión ..... Estado ..... Domicilio .....

Fallecimiento: Fecha: ..... horas del día ..... de ..... de 20 .....  
Domicilio .....  
Cementerio ..... Ayunt.º .....

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 ..... Tios ..... 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

**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

**ESPAÑA**

**GARCIA**  
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELLIDO

**FERNANDEZ**  
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO

**MARINA**  
NOMBRE / NOME

**F** SEXO / SEXO **ESP** NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO  
**30 12 1934**

**AGV132189**  
VALIDO HASTA / VALIDO ATÁ  
**01 01 9999**

**GFM**

*Marina Garcia*

**DNI NÚM.**  
**76461866E**

ESPAÑA DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO  
**AMES**

PROVINCIA PAD. / PROVINCIA PAI.  
**A CORUÑA**

HECER DE / HECEIRA DE  
**MARCIAL / CASTORA**

DOMICILIO / DOMICILIO  
**AVDA. MAHIA BERTAMIRANS 85**

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO  
**AMES**

PROPIEDAD PAD. / PROPIEDAD PAI.  
**A CORUÑA**

GRUPO / GRUPO  
**15771L6D1**

IDESPAGV132189776461866E<<<<<<  
3412307F9901018ESP<<<<<<<<<<<2  
GARCIA<FERNANDEZ<<MARINA<<<<<<

FALLECIDA

**REINO DE ESPAÑA**  
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

**76461728E**

**DNI 76461728E**

**GARCIA**  
APELLIDOS / APELIDOS

**FERNANDEZ**  
NOMBRE / NOME

**CARMEN**  
SEXO / SEXO **F** NACIONALIDAD / NACIONALIDADE **ESP** NACIMIENTO / NASCIMENTO **15 12 1942**

**01 09 2022** VALIDEZ / VALIDEZ **01 01 9999**

**CDE151331**  
NUM SOPORTE

*Carmen Garcia*

**730304**

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO  
**AVDA. MAHIA-BERTAMIRANS 87**

**AMES**  
**A CORUÑA**

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO  
**AMES**  
**A CORUÑA**

HECER DE / HECEIRA DE  
**MARCIAL / CASTORA**

GRUPO / GRUPO  
**15771L6D1**

IDESPCDE151331176461728E<<<<<<  
4212157F9901018ESP<<<<<<<<<<<1  
GARCIA<FERNANDEZ<<CARMEN<<<<<<

DECLARANTE (HERMANA)



OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105970418

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. BERCEDES RUA DOMÍNGUEZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO (A CORUÑA), con el númeroy con ejercicio profesional en BERTANIRANS. ADEI. A CORUÑAColegio actual  
Colegio actualNº de colegiado/a  
Nº de colegiado/a

151508954

1ª colegiación  
1ª colegiación

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARINA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

GARCIA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

FERNÁNDEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

30

Mes

Mes

12

Año

Año

1934

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

X

Documento  
de identidad:

X

D.N.I.

Número:

76461866-E

Documento  
de identidad:

X

D.N.I.

Número:

Documento  
de identidad:

X

Pasaporte

Número:

Documento  
de identidad:

X

Pasaporte

Número:

Documento  
de identidad:

X

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Documento  
de identidad:

X

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

06

00

Día

Día

05

Mes

Mes

02

Año

Año

2026

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

ADEI

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Otro lugar

Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>(a) NETASTASIS VARIAS

Debido a/Debido a

Horas  
HorasDías  
DíasMeses  
MesesAños  
AñosCausas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b)

Debido a/Debido a

Horas  
HorasDías  
DíasMeses  
MesesAños  
Años

(c)

Debido a/Debido a

Horas  
HorasDías  
DíasMeses  
MesesAños  
AñosCausa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>(d) GARCINOMA CELULAS ESCUROSASLINGUAL

Debido a/Debido a

Horas  
HorasDías  
DíasMeses  
MesesAños  
AñosII. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>Horas  
HorasDías  
DíasMeses  
MesesAños  
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 tráficoNo/Non  
Sí/SíAccidente laboral  
Accidente laboralNo/Non  
Sí/SíFecha del mismo:  
Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso  
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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

En Betamirau, a 5 de Febrero de 2026

Firma del médico  
Sinatura do médico

662153  
ROBERTO RÚA 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".

#### 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 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 1 0 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

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 defunción se comece pola **causa inmediata** e se remate coa causa **inicial ou fundamental**, é dicir, 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 Defunción.

**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 defunción, 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 dicir, 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 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 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 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. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á 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:

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

Ejemplo: Diabete

Horas 1 0 Días Meses Años

#### Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.

**LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN**  
**OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE AMES**  
**EXPEDIENTE NÚM. 20260205/021909 SOBRE DEFUNCIÓN.**

Acreditada la defunción de D<sup>a</sup>. **MARINA GARCÍA FERNÁNDEZ**, con Documento Identificativo DNI núm. 76.461.866-E, y con último domicilio conocido en Avenida da Maía nº85 en Bertamiráns (Ames)- A Coruña- España, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha del deceso el día 5 de Febrero de 2026, a las 06:00 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 5 de Febrero de 2026.



