

OTROS CONCEPTOS

bro 18 casen bl: Paulina Landeira. **9.118**
 bro 18 casen bl: Familia Bustelo **PAGADO** **9.118**
 bro 24 casen bl: Auditorio de Galicia (sabe Luis V)

PAGADO

bro 18 casen bl: Con la familia **PAGADO** **9.118**
 bro 1010 **PAGADO** **9.118**

Este xaculo
 recolhido.

Sepectura Bivido:
 xaculo do cemeterio vello
 in da igrexa pola causa
 panillo de arriba do
 entoso, na metade ó pasar
 antean grande.
 Recoller e
 enterrar abaixo

FALLECIDO: JOSEFINA FERNANDEZ DOMINGUEZ

Fecha de fallecimiento 12-Julio-2026

Domicilio Lugar Pararuido Nº8 Ames

Teléfonos: 656693506 (Antonio) E-mail: antonio.fer@gmail.com

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo X C1	Medida X 1'90		1121
Capilla ardiente X BERTANDIANS-2	Sala Prep X Si	Libro X Si	570/15/28'15
Gestión funeraria X Si	☐ Tramitación UUV		177
Carroza traslado X Pararuido - TALLA BERTANDIANS			109
Prensa	X Boreo Nº3		375
	Lunes		
Radio	X VET Domingo		117'36
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X 700		
Ómnibus acompañamiento	X 100		
Turismo	id. 16:30 en Igria		
Certificado médico	X Si	PAC X Ames	3
Carroza	Personal X LA PIDA. 182'10/10/20		182'10/10/20
Ayunt.º: Sepultura	Bivido SEPULTURA (INTERAL AMAXO)		150
Iglesia	SANTA MARIA DE BIVIDO.		16:50
Incineración	Urna: X Campanero		60
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	70
Cantores	X Si X Suso		X 1140 (1338)
Flores	X Coronas 40R. "Tu esposo."		146
	X Coronas 40R.B. "Tus tíos."		146
Sudario	☒ Cubrefunfos		85'50
	☒ Acondicionamiento		75'30
	☒ Rosario		

DAN DNI: FAMILIA

FALLECIDO: Nombre JOSEFINA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ D.N.I. Nº 33.071.039-M.
id. de los padres JESÚS / JOSEFA
Naturaleza ADES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 28 - MARZO - 1944
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio LUGAR PARAMUÑO - 8.
ADES.
Fecha: 00:15 horas del día 12 de JULIO de 20 26.
Fallecimiento: Domicilio LUGAR PARAMUÑO, N.º 8. ADES.
Cementerio SANTA MARÍA DE BIDIÑO Ayunt.º ADES.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. ANTONIO LIÑARES FERNÁNDEZ (HIJO.) D.N.I. 33.280.594-P.
domiciliado en LUGAR PARAMUÑO, N.º 8, ADES.

D/ña. JOSEFINA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ LA SEÑORA -BIDIÑO-
(UECINA DE PARAMUÑO - ADES.)

falleció en _____ en el día de _____ a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a RADÓN LIÑARES PENA "BARACO"
Hijos MARÍA EVA Y ANTONIO LIÑARES FERNÁNDEZ.

Hijos políticos NO

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos JESÚS (+), JOSÉ DANUEL Y ARTURO FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ.

Hermanos políticos MARÍA DEL CARMEN LIÑARES PENA (viuda de José López),
LUCHA MIRAS Y MARÍA LUISA CONSELLO.

Nietos NO Bisnietos NO Tíos SI Sobrinos SI Primos SI

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELLIDO
FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
DOMINGUEZ

NOMBRE / NOME
JOSEFINA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
28 03 1944

NUM. DNI / DNI
ATF103735

VALIDEZ / VALIDADEZ
01 01 9999

FDJ

DNI NÚM.
33171019M

Josefina Fernandez



AMÉS

MUNICIPIO / MUNICÍPIO
A CORUÑA

PROVINCIA / PROVINCIA
JESUS / JOSEFA

PROVINCIA / PROVINCIA
LGAR. PARAMUÑO 8

PROVINCIA / PROVINCIA
AMÉS

PROVINCIA / PROVINCIA
A CORUÑA

GRUPO EUROPEO
15771L601

IDESPATF103735533171019M<<<<<<<
4403285F9901018ESP<<<<<<<<<<<<9
FERNANDEZ<DOMINGUEZ<<JOSEFINA<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
LINEARES

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELLIDO
FERNANDEZ

NOMBRE / NOME
ANTONIO

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
11 09 1968

NUM. DNI / DNI
BM0165380

VALIDEZ / VALIDADEZ
17 08 2030

589376

DNI 33280594P



DOMICILIO / DOMICÍLIO
LGAR. PARAMUÑO 08

DOMICILIO / DOMICÍLIO
BIDUIDO

DOMICILIO / DOMICÍLIO
AMÉS

DOMICILIO / DOMICÍLIO
A CORUÑA

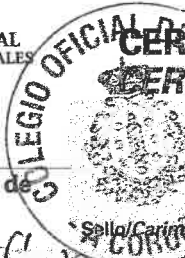
DOMICILIO / DOMICÍLIO
AMÉS

DOMICILIO / DOMICÍLIO
A CORUÑA

DOMICILIO / DOMICÍLIO
RAMON / JOSEFINA

IDESPBM0165380233280594P<<<<<<<
6809113M3008177ESP<<<<<<<<<<<<3
LINEARES<FERNANDEZ<<ANTONIO<<<<

DECLARANTE (HIJO)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106138555

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Yesenia Losada Martínez
D. / Dña. A Coruña
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago de Compostela
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a
4 5 1 5 1 4 5 1 1
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSEFINA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: FERNANDEZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: SOMIÑO
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 03 Año 1944
Data de nacemento: Día Mes Ano
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33171019-M
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
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 15 Día 12 Mes 07 Año 2026
Hora e data da defunción: Hora : minutos Día Mes Ano

¿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 Outro 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) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias
(b) FIBRILACION ATRIAL
Debido a/Debido a

(c)
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental
(d) HIPERTENSION ARTERIAL
Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☐ Sí / ☒ No
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☐ Sí / ☐ No

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?
Accidente de tráfico ☒ No / ☐ Sí
Accidente laboral ☒ No / ☐ Sí
Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sr ☐

No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sr ☒

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 próteses

En
En

Santiago de Chile, a 12 de julio de 2020

Firma del médico
Sinatura de médico



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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00
debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

(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 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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 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 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 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 excluíntes, é dizer, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00
(c) Pielonefrite crónica debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 10 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 05

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
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.



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **13** de **JULIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JOSEFINA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33171019M** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **12 DE JULIO DE 2026** a las **00:15** horas acaecida en **AMES**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



