OTROS CONCEPTOS

ROMA (40 R Rj): PAGADO - FAMILIA CAMES
NTRO (18 R Rj): PAGADO SARA
NTRO (18 R BR): PAGADO TUA SRA CONCHA E FAMILIA
NTRO (18 R Rj): PAGADO TEU SOBRINO MARCOS CAMES
ROMA (40 R BR): PAGADO TEU SOBRINO MODESTO E FAMILIA

TPV
TPV

Inscrip
Búcaro

Aprob.

Ntd. Familia Longueira Gaspe ES34 2080 0305 0430 4001 5617

FLESA

(web)

ST-441
ST-16

FALLECIDO: MANUEL CAMES DORÁN

Fecha de fallecimiento 20 DE JULIO DE 2026

Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI - VITIANO

Teléfonos: 698 159204 Maribel E-mail:

SANTA LUCÍA SA
20 1353.397
SOn- 916 954 833

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C1 Medida 1'90	
Capilla ardiente TANATORIO BARCALA DOS Sala Prep. SÍ Libro SÍ	
Gestión funeraria SÍ ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado VITIANO - TANATORIO BARCALA	
Prensa GAZETA RURALES	
Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	
Ómnibus acompañamiento NO ? Inscripción Búcaro	familia
Turismo SÍ id. RECOGER EN IGLESIA 10:30h	
Certificado médico SÍ Registro Civil: NEGREIRA	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura CEMENTERIO NUEVO PINELO	
Iglesia CAPILLA PAZO DO COTÓN	
Incineración Urna: CAMPANERO	(50 en Mano)
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores Felisa Funeral: JUAN TESTON	170
Flores: CORONA 40 ROSAS ROJAS: TU ESPOSA	
CORONA 40 ROSAS BLANCAS: TU HERMANO POLÍTICO	
CENTRO 18 ROSA AL: TUS SOBRINOS ENCIMA CASA	
☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre MANUEL CANES DURAN D.N.I. Nº 35783554Q

id. de los padres JOSÉ Y JOSEFA

Naturaleza AS NEVES Provincia PONTEVEDRA

Día, mes y año de nacimiento 5 DE MAYO DE 1933

Profesión Estado CASADO Domicilio PRADO DE MUIÑO, 12

RESIDENCIA DOMUS VI VIMIANZO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 20:45 horas del día 20 de JULIO de 2026

Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI - VIMIANZO (PRADO DE MUIÑO, 12)

Cementerio CEMENTERIO NUEVO DE NEGREIRA Ayunt.º NEGREIRA

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. MARIA ISABEL GERPE VÁZQUEZ (SOBRINA POLÍTICA) D.N.I. 33238365F

domiciliado en MOLDES, 3 - BARCALA - A BAÑA

L SEÑOR

D/ña. MANUEL CANES DURAN

falleció en NEGREIRA en el día de 20/07/2026 a los 93 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a MERCEDES SARA VÁZQUEZ DOMÍNGUEZ

Hijos NO

Hijos políticos NO

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos NO

Hermanos/a políticos/a MARIA VÁZQUEZ DOMÍNGUEZ

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos SÍ Primos SÍ

y demás familia.- Conducción EL MIÉRCOLES DÍA 22 A LAS 11:00 horas

Funerales

en la iglesia de CAPILLA DEL PATO DO COTÓN

CASA MORTUORIA: TANATORIO BARCALA - SALA DOS

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

FALLECIDO

SOLICITANTE

OMC — ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — Sello/*Carimbo*: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS A CORUÑA

Nº Certificado/*Nº certificado*: 106123726

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* Johana Alejandra Reyes Colon

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A Coruña, con el número / *, co número*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Medico General

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15151 4424 — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** Manuel

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** Cames

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** Duran

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 05 — Mes / *Mes* 05 — Año / *Ano* 1933

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 35783554-Q
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- [ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos* 22:45 — Día / *Día* 20 — Mes / *Mes* 02 — Año / *Ano* 2026

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

- Domicilio particular / *Domicilio particular* [ ]
- Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [ ]
- Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* [X]
- Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* [ ]
- Otro lugar / *Outro lugar* [ ]

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.*

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

Intervalo de tiempo aproximado[1] / *Intervalo de tempo aproximado[1]*

I. Causa inmediata[2] / *Causa inmediata[2]*

(a) Hipertension Arterial — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / *Causas intermedias[3]*

(b) Diabetes Mellitus — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) Hiperplasia prostatica — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental[4]*

(d) Paro-cardiorespiratorio — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / *Outros procesos[5]*

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / ***Houbo indicios de morte violenta?***
Sí / *Si* [ ] No / *Non* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / ***Practicouse autopsia clínica?***
Sí / *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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non* [ ] — Sí / *Si* [ ]
- Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [ ] — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Sí* ☒ 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 / *En* Vimianzo, a / *a* 21 de / *de* Julio de / *de* 2026

Firma del médico / ***Sinatura do médico***

13343675
DRA. JOHANA ALEJANDRA REYES
COLÓN 15/15144243

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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

debido a ↓

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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

debido a ↓

(c) Pielonefritis crónica — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

debido a ↓

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐5

II

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

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.

Instrucións 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 transcorrido 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 excluíntes, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

debido a ↓

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

debido a ↓

(c) Pielonefrite crónica — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

debido a ↓

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

Outras 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.

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA
Y RELACIONES CON LAS CORTES

registrocivil

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE NEGREIRA
EXPEDIENTE Nº 20260721/025845 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª MANUEL CAMES DURAN con Documento Identificativo DNI y Nº 35783554Q, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 20 de JULIO de 2026, a las 22:45 horas, acaecida en PRADO DO MUIÑO, 12 (RESIDENCIA DOMUS VI) - VIMIANZO (A CORUÑA);

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura al cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas hábiles desde el fallecimiento.

En Negreira a 21 de JULIO de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
21/07/2026 13:51	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	LARA EZTIZEN GONZALEZ OLALLA	ENCARGADO

RG:nQk3-RUUj-HwVQ-ahAF