

OTROS CONCEPTOS

7/ Centro 24 **PAGADO** (Efectivo) 6362389
 Centro 18 casa: Tapela, Tu sobrina Fran @ Ana

7/ Centro 18 **PAGADO** TUS 58 JUL. 2026 (Efectivo) 6362389
 Centro 18 **PAGADO** JULIA - 8 JUL. 2026 ALBO (TR. 3600000000)

7/ Centro 18 **PAGADO** (Efectivo) 6362389
 Centro 18 **PAGADO** (Efectivo) 6362389

7/ Centro 18 **PAGADO** (Efectivo) 6362389
 Centro 18 **PAGADO** (Efectivo) 6362389

FALLECIDO: TRANUELA LOPEZ LOPEZ

Fecha de fallecimiento 8 de Julio de 2026

Domicilio TRAVEZA DE VILLADORE - 636- VILLADORE

Teléfonos: 653292089 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio pr
Arca modelo C1 Medida 150	
Capilla ardiente T. 3600000000 Sala Prep. si Libro X si	
Gestión funeraria si Tramitación UUV	
Carroza traslado Villadore - T. 3600000000	
Prensa X Hoy 150	
Radio X Hoy 150	
Recordatorios fúnebres / tarjetas 150	
Ómnibus acompañamiento * 330	
Turismo id. sale al tanatorio	
Certificado médico si Registro Civil: X si	
Carroza Personal X 3600000000	
Ayunt.º: Sepultura Ames X 3600000000	
Iglesia Santo Tomás de Ames	
Incineración Urna: Campana X 3600000000	
Presencia ☐ SI ☐ NO Destino Campana X 3600000000	
Cantores X Ana Funeral: Josecho (por la pila) 1+2 X	
Flores X 3600000000	
Sudario X Cubredifuntos X Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Naturaliza: Ates
 Dia, mes y año de nacimiento: 16 - NOVIEMBRE - 1944
 Profesión: Viuda
 Estado: Domicilio: Ruta Travesa, 6 - 3° E
 Municipio: Ates

Fecha: 10:30 horas del día 8 de Julio de 2026
 Fallecimiento: Domicilio: Ana Rosalia de Castro, 34 - Municipio de Ates
 Cementerio: Santo Tomas de Ates Ayunt.º Ates

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo : Página :
 DECLARANTE D. Carolina Barrero López (Hija) D.N.I. 458495897 domiciliado en El Hijo.

D/ña. L SEÑOR

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

Funerales en la iglesia de y demás familia. - Conducción

CASA MORTUORIA: (SI / NO) SE RECIBE DUELO

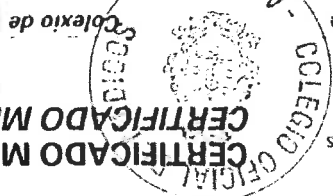
Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado



OMC § ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
105937645
Nº Certificado/Nº certificado

CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICADO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

Fecha de nacimiento

Día Mes Año

Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento

D.N.I. Número:

Pasaporte Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día Mes Año

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

Municipio

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 páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado

1. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) FRACTURA DE COLUMNA

Debido a/Debido a

(b) Causas intermedias / Causas intermedias

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

(d)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos

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 ☒ SI/ SI ☐ No/Non

Accidente laboral ☒ SI/ SI ☐ No/Non

Fecha del mismo: Día Mes Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

S/Si ☒ No/Non ☐

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

Possibilidade de incineração?/Possibilidade de incineração

S/Si ☒ No/Non ☐

Incineração condicionada por:/incineração condicionada por:

Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapassos

Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos

Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En
Aves

a
8 de

de
1970

de

226

Firma del médico

1670529
DR. JOSÉ MARTINEZ

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".

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 sólo 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

1
45
Horas
Días
Meses
Años

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directa o indirecta, 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

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

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados de secuencia 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 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 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, separarlas claramente por comas.

5 Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadros previas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Mod. CMD-BED-G

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda que no cubrimiento das causas de defunción se comence 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".

Intervalo de tiempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comenzo 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 a súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, 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

1
45
Horas
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

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotáranse 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

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron a morte. Anótase unha única causa, a que fose desecadante de todo o proceso que levou a defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático
Horas
Días
Meses
Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes
Horas
Días
Meses
Años

1 Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2 Evitar abreviaturas e/ou siglas.

3 Certificar enfermidades e síndromes sin ambigüedades.

4 Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, separarlas claramente por comas.

5 Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

A presente certificación literal expedíuse coa autorización prevista no art. 81 da Lei do Rexistro Civil e contén o teor literal do/s asento/s solicitado/s que se transcriben nos seguintes parágrafos, segundo resulta/n dos datos que constan no rexistro individual da persoa que figura en dito/s asento/s. Declárase que a presente certificación só dá fe das circunstancias que indica a Lei 20/2011 para cada feito ou acto que se comprende no asento ou asentos aos cales esta se refire a mesma (artigos 44.2, 59.5, 62.1 da Lei 20/2011, do 21 de xullo, do Rexistro Civil).

ASENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asento: 178358485213

Data Inscrpción Rexistro Electrónico de Seguridade: 09/07/2026 10:14

Código persoal do rexistro individual do inscrito: 3NX4Y25WG00033185280Y

DATOS DE IDENTIDADE DO/DA INSCRITO/A. (8-6) Nome: MANUELA (7-6) Primeiro apelido: LÓPEZ (7-6) Segundo apelido:

LÓPEZ, (8-6-1) Fillo/a de FRANCISCO (8-6-2) e de CONSUELO, (3-4-1) Sexo: MULLER (4-1) Estado: VIUVO/A (6-1) Nacionalidade: ESPAÑA Tipo de documento de identidade: DNI e número de identificación: 33185280Y.

(2-4-2) Nacido/a en: AMES (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA (9-7-1) Data: 16/11/1944

(2-1-2) Domicilio último: RUA TRAVESA Nº: 6 Piso: 3 Porta: E (2-1-3-2) Lugar: AMES (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA. Código Postal: 15895.

A inscrición practicase en virtude de: DECLARACIÓN realizada por ALVARO ZARAUZA BEIRAS con Tipo de documento de identidade: DNI e número de identificación: 78799090D segundo consta no expediente n° 20260709/006481 do Rexistro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: 10:30 (9-9) Día: 08/07/2026 (2-6) Lugar: AVENIDA ROSALÍA DE CASTRO 34, O MILLADOIRO Poboación: AMES (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

O soterramento será en: CEMITERIO DE SANTO TOMÉ (2-1-3-2) Poboación: AMES (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

DATOS DO ASINANTE:

Nome e apelidos: EVA BERNARDEZ PEREIRAS

En calidade de: ENCARGADO/A

Data de sinatura: 09/07/2026 10:14

E para que conste e produza os efectos oportunos, emítese o presente certificado literal do Rexistro Civil.



