

OTROS CONCEPTOS

PAGADO

entre 18 y 20 años de edad y carné

51307

82'50

FALLECIDO: ANGEL GONZALEZ CAO.

Fecha de fallecimiento 5 - AGOSTO-2026

Domicilio 6666 PERROS N°5 OS ANXELAS, BRION

Teléfonos: 699 025459 (Margarita) E-mail: margarita.perrosca@guia.com

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo X C-1 Medida X 1'90	
Capilla ardiente X PATATIANAS - 2 Sala Prep X Si Libro X Si	
Gestión funeraria X Si ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado X H. CARMICHO - T. BERTANIRANS	
Prensa X CORDEO N°3	
Radio X 11.30 AÑERES	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo NO id. SALE AL TANATORIO	
Certificado médico X Si Registro Civil: X SANTIAGO	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura S. FÉLIX DE BRION X Pardo	
Iglesia S. FÉLIX DE BRION	
Incineración Urna: Campana SS	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores X ANA Funeral: 112	
Flóres X CORONA R/D: ESPOSA	
CENTRO 24/7: NIETOS	
VENCIMA CATA	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

ST: 92

41000116727
Margarita
4955

FALLECIDO: Nombre ÁNGEL GÓMEZ CAO. D.N.I. Nº 33.245.120-T
id. de los padres JOSÉ / NAIRIA
Naturaleza BRION Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 - MARZO - 1957
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio LUGAR PERROS, Nº5
OS ANXELES. BRION.

Fallecimiento: Fecha: 17:40 horas del día 5 de AGOSTO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio S. FELIX DE BRION Ayunt.º BRION

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. MARGARITA FERREIRO CASTIÑEIRAS (ESPOSA.) D.N.I. 33.272.850S
domiciliado en LUGAR DE PERROS Nº5 - OS ANXELES - BRION

EL SEÑOR
D/ña. ÁNGEL GÓMEZ CAO

falleció en VECINO DE PERROS - ANXELES. en el día de 5-08-2026 a los 69 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a MARGARITA FERREIRO CASTIÑEIRAS

Hijos DAVID GÓMEZ FERREIRO

Hijos políticos A CARMEN SORIANO FERREIRO

Padres NIETOS: RUBÉN y SERGIO GÓMEZ SORIANO

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos JOSÉ-LUIS y CONSTANTINO (+) GÓMEZ CAO

Hermanos políticos FLORA MAGARIÑOS PEREIRA, JOSÉ FERREIRO CASTIÑEIRAS
(+) y SALOMÉ LÓPEZ VILARIÑO

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos 81 Sobrinos 81 Primos 81

y demás familia.- Conducción VIERNES

Funerales _____

en la iglesia de SAN FELIX DE BRION

CASA MORTUORIA: APOSTOL 2 - (BERTA)

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIDOS
GOMEZ
CAO

HOMBRE / NOME
ANGEL

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
M **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
14 03 1957

NUM SOPORT **VALIDEZ / VALIDADE**
BL6192288 10 12 2029

Angel Gomez Cao

DNI 33245120T **502080**

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
**FERREIRO
CASTINEIRAS**

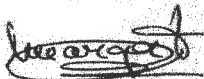
NOMBRE / NOME
MARGARITA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
17 07 1966

NÚM. DOCUMENTO VALIDEZ / VALIDEZ
BJF177484 21 02 2029





DNI 33272850S

606272

D./Dña. CARMELA RODRÍGUEZ LÓPEZ
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en HOSPITAL CLÍNICO SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

152865964

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ANGEL
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: GOMEZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: CAO
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 14 Mes 03 Año 1957 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Data de nacemento Día 14 Mes 03 Ano 1957 Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33245120-T
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 17:40 Día 05 Mes 08 Año 2026
Hora e data da defunción Hora : minutos 17:40 Día 05 Mes 08 Ano 2026

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

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) EDEMA AGUDO DE PULMÓN
Debido a/Debido a

(c) SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) CARCINOMA ESCAMOSO PULMÓN
ESTADIO IV
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿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 ☐ Ano ☐

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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/Existência de próteses

En SANTIAGO, a 5 de AGOSTO de 2026

Firma del médico
Sinatura do 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

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 01

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 da defunção se comece pela causa imediata 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 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 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 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

Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 01

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 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



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 **06** de **AGOSTO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ÁNGEL GÓMEZ CAO** que se identifica con **D.N.I 33245120T** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **05 DE AGOSTO DE 2026** a las **17:40** horas acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

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

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
06/08/2026 12:08

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Maria Manuela Garcia Jalon de la Lama

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:6AQ3-QUmB-2CA7-kmZ3

