

OTROS CONCEPTOS

~~PAGADO~~ ^{pagado}
RONA (ROSAS ROSAS) FAMILIA LOPEZ NAZÓN •
39912928 - PLOP.
~~PAGADO~~ ^{debo pagar}
NICO (N.R. BLANCO) FAMILIA VILLAR CENÓN •
~~PAGADO~~
NICO (N.R. BOJAS) FAMILIA PLOP CENÓN TPV •

FALLECIDO: ~~WV~~ ^{5.11.110} ~~MARIA DEL CARMEN~~ ^{TA-494} ~~DACAMPO~~ ^{VAZQUEZ}
Fecha de fallecimiento 26 - Diciembre - 2023
Domicilio H. Olivo (523)

Teléfonos: ~~Manu~~ 606233456 E-mail: ~~Alex~~ 664129086

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C2	Medida	
Capilla ardiente X ^{Perigambles}	Sala Prep. si Libro si	
Gestión funeraria si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado X ^{Hospital - Tanatorio}		
VIERNES ^{viernes 3}		
10:00 ^{11:00}		
Prensa X ^{Puentes A Estrada (PloP Cuyes)}		
Radio no		
Recordatorios fúnebres / tarjetas no		
Ómnibus acompañamiento no	Conservación Temp.	
Turismo id.		
Certificado médico X ^{si}	Registro Civil: X ^{Stgo}	
Carroza si	Personal si	
Ayunt.º: Sepultura X ^{Victor Curos}		
Iglesia X ^{S. Juan de Meavia (Forcarei) D. Rubén: 651187351}	11:00	
Incineración no	Urna: - sacristía	80€ ^{gadis}
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino: -	
Cantores no	Funeral: Rubén (112)	170€
Flores X ^{Carona R.G.: Tu esposa}		
X ^{R.R.: Tus nietos Carditany}		
X ^{R.R.: Tus hijos e hijos políticos}		
X ^{R.R.: Carlota y Alejandro}		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

Conservación en capota 12h hore

Pdad Julio Cerdón
Hizuela y M. Carmen Dacampo
X 129

FALLECIDO: Nombre Maria del Carmen Docampo Uizquez D.N.I. N° 34378214E
id. de los padres Jaime y Luisa
Naturaleza Carballedo Provincia Lugo
Día, mes y año de nacimiento 13-9-1930
Profesión _____ Estado Casada Domicilio Stgo. de Chile, 7
7° H. - Stgo

Fallecimiento: Fecha: 06:30 horas del día 26 de 12 de 2023
Domicilio H. Ceinico
Cementerio S. Juan de Meavia Ayunt.º Forcarei

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. Julio Cerdón Miguez (esposado) D.N.I. 35187965N
domiciliado en esposado

D/ña. M.ª del Carmen Docampo Uizquez L. SEÑOR (vecina de Stgo)

falleció en _____ en el día de 26/12/23 a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a : Julio Cerdón Miguez

Hijos : Julia (+) y José Manuel Cerdón Docampo

Hijos políticos : M.ª A. Canedo Noya y Sarah Wilson

Padres : Barbata y Alejandro Canedo Cerdón y Nicolás, Ada

Abuelos : y Sabela Cerdón Wilson; nieto político: Stgo López Mazón

Padres políticos _____

Hermanos : NO
Delicia

Hermanos políticos : ↓ Josefa, Clara y Carmen Cerdón Miguez; José Benín, Alfonso
Picóns, Manuel Villar y Ramiro Pereira.

Nietos _____ Bisnietos - Tíos - Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: T. San Pelayo, s.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



https://certificados.cgcom.es

LMJQRQ8RKD

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105288523

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARCO GALEGO FERNÁNDEZ

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

con el número

, co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151513339

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

M A R I A D E L C A R M E N

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

D O C A M P O

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

V A Z Q U E Z

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

34378214-E

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

06

30

Día

Día

26

26

Mes

Mes

12

12

Año

Año

2023

2023

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro lugar

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) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SEPSIS RESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) BRONCOASPIRACION

Horas

Días

Meses

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

DEFERIMENTO COGNITIVO

Horas

Días

Meses

Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si

No/Non

☒

¿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

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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/Existencia de prótesis

En SANTIAGO, a 26 de diciembre de 2023

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 0 0 0 0 0
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 0 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 0 0 0 0 0 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 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

- 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa Inmediata** 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 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 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.

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 0 0 0 0 0
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 0 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 0 0 0 0 0 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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 Años 05

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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licenza para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licenza esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licenza tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don MARIA DEL CARMEN DOCAHO VÁZQUEZ
a defunción de don/a
ocurrida a las 06:30
ocorrida ás

horas del día 26
horas do día
de DICIEMBRE de 2023

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:

do falecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as
sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.
vintecatro horas do falecemento

Registro Civil de SANTIAGO
Rexistro Civil de

A 26 de DICIEMBRE
O de
de 2023

(El Juez)
(O xuíz)





CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/de los asiento/s solicitado/s que se transcriben en los siguientes párrafos, según resulta/n de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asiento/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: **1703684719172**

Fecha Inscripción Registro Electrónico de Seguridad: **27/12/2023 14:45**

Código personal del registro individual del inscrito: **3LMNOS2QD00034378214E**

DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: **MARÍA DEL CARMEN** (7-6) Primer apellido: **DOCAMPO** (7-6) Segundo apellido: **VÁZQUEZ**, (8-6-1) Hijo/a de **JAIME** (8-6-2) y de **LUISA**, (3-4-1) Sexo: **MUJER** (4-1) Estado: **CASADO/A** (6-1) Nacionalidad: **ESPAÑA** Tipo de documento acreditativo de identidad: **DNI**, número: **34378214E**.

(2-4-2) Nacido/a en: **CARBALLEDO** (2-1-1-3) Provincia: **LUGO** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Fecha: **13/09/1930**

(2-1-2) Domicilio último: **CALLE SANTIAGO DE CHILE Nº: 7** Piso: **7** Puerta: **H** (2-1-3-2) Lugar: **SANTIAGO DE COMPOSTELA**

(2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

La inscripción se practica en virtud de: **DECLARACIÓN** realizada por **JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ** con Tipo de documento de identidad: **DNI** y número de identificación: **33200436M** según consta en el expediente nº **20231226/010788** del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **06:30** (9-9) Día: **26/12/2023** (2-6) Lugar: **HOSPITAL CLÍNICO** Población: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

El enterramiento será en: **CEMENTERIO SAN JUAN DE MEAVIA** (2-1-3-2) Población: **FORCAREI** (2-1-1-3) Provincia: **PONTEVEDRA** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DE FIRMANTE:

Nombre y Apellidos: **Maria Manuela Garcia Jalon de la Lama**

En calidad de: **ENCARGADO**

Fecha de firma: **27/12/2023 14:45**

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.



