

OTROS CONCEPTOS

efectivo recop

ENCERO (18 R. BLANCA), ANILLOS DE CHUS

jeta: Ara, herchi, rosa, heredes y carnela.

lno 18 R/B 88 E Dirc. Inmobiliaria Arco 649441989

ms 40 R/B Compensación de los llos tuos (Dirc. Terce) de cosechadora de los llos tuos 687832429

FALLECIDO: EULALIA YACIAS VARELA

Fecha de fallecimiento 28 - DICIEMBRE - 2023

Domicilio Residence San Simón de Ons - Cedeira - Teo (SANTO) A

Teléfonos: 650 448 139 (CHUS) E-mail: CH6.616822

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-O	Medida Realística.
Capilla ardiente	TORAL	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	RESIDENCIA - TANATORIO	
Viernes 13	Correo N° 2 (Viernes)	
Prensa		
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	Id. Recoger 124 en República Argentina 27	
Certificado médico	Si	Registro Civil: XTEO
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	CAPILLA COMPLETO	
Incineración	Si	Urna: Básica
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino: AGAL A PARADOJA DE HILARIO
Cantores	NO	Funeral: DON ALFONSO
Flores	COGONA ROSAS BUJIAS: TU ESPASO	60 (2467)
	COGONA ROSAS BUJIAS: TUS HIJOS Y NIETOS	
Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario ☐		

SINISTRO 01202320065210

UUV
ST:499
SC:357

3330 E
3330 E
3330 E

FALLECIDO: Nombre EULALIA MACÍAS VARELA D.N.I. Nº 35206137Z
id. de los padres AMADOR Y EULALIA
Naturaleza PONTEVEDRA Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 14 - FEBRERO - 1940
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio CONSTENIA, 44 - CACHEIRA
(Residencia San Simón de Oas) TEO

Fallecimiento: Fecha: 11/45 horas del día 28 de DICIEMBRE de 2023
Domicilio CONSTENIA, 44 - CACHEIRAS (Residencia San Simón de Oas) - TEO
Cementerio CREMATÓRIO COMPLEJO APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. SANTOS MATEOS PAZOS (ESPOSO) D.N.I. 33082501Z
domiciliado en AVDA. ROSALÍA DE CASTRO, 54 - 2ª A - MILLADOIRO - AMES

D/ña. EULALIA MACÍAS VARELA ~~L~~ SEÑOR (Vecina de Milladoiro - Ames)

falleció en _____ en el día de 28/12/2023 a los 83 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a SANTOS MATEOS PAZOS

Hijos MARIA JESÚS, MIGUEL ÁNGEL Y ALEJANDRO
CHUS MATEOS MACÍAS

Hijos políticos PEDRO OTERO, & CONSUELO BENAVENTE
Y CARMEN TREUS;

Padres NIETOS: PABLO E IAGO;

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos NO

Hermanos políticos MARGOT @ LA FUENTE;

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ 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

NO

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
MATEOS

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
PAZOS

NOMBRE / NOME
SANTOS

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
23 10 1938

IDENTIFICACION / IDENTIFICACION
APB101927

VALIDO HASTA / VALIDO ATÉ
01 01 9999

DNI NÚM.
33082501Z

MPS



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA / PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / MARIA

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. ROSALIA CASTRO-MILLADOIRO 54 P02 A

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
AMES

PROVINCIA / PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAPB101927033082501Z<<<<<<<
3810235M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<5
MATEOS<PAZOS<<SANTOS<<<<<<<<<<<<<



https://certificados.cgcom.es

GKNEF3LPL7

Id. electrónico/Ide. electrónico

Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

104373521

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en CAE Cacheiras Teo, co número
 y con ejercicio profesional en
 e con ejercicio profesional en

Colegio actual

Nº de colegiado/a

158341-4

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

D.N.I.

Número:

Pasaporte

Número:

Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro 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) Detención copulativa por

Remoción de la vida por

rotura de aneurisma por

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) HTA

Dislipemias

(c) Poliartritis de naturaleza

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) Insuficiencia cardíaca

II. Otros procesos / Outros procesos

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	Meses	Años		

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

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

Horas	Días	Meses	Años		

(c) Pielonefritis crónica debido a

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	Días	Meses	Años		

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		

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 defuncção 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 Defuncção.

Causa básica de defuncção: "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 defuncção, 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	Meses	Anos		

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

Horas	Días	Meses	Anos		

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

Horas	Días	Meses	Anos		

(c) Pielonefrite crónica debido a

Horas	Días	Meses	Anos		

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 defuncção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas	Días	Meses	Anos		

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas	Días	Meses	Anos		

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 JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de *Eulalia Macías Varela*, con documento
identificativo DNI, *352061372* según la certificación facultativa presentada, que constata
la fecha de la muerte *28* de *diciembre* a las horas, acaecida en *Teo*
2023, 11:45

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

En Santiago de Compostela a *29* de *diciembre* 2023.



TITULO DE CONCESION

Da **SEPULTURA 1547**, ubicada no treito A, sección 6ª, fila 3ª, nº de orde 10, no cemiterio municipal de Boisaca a nome de **Dna. ROSA RODRIGUEZ MATEOS**.-----

Concedida por Decreto da Alcaldía con data 24 de xaneiro de 1.990 coa facultade de usar da sepultura cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 1 de febreiro de 1.990

O ALCALDE PRESIDENTE



O SECRETARIO XERAL



