

OTROS CONCEPTOS

165€
CORONA (50 R. Rojas): LUMIGAL S.L.
Luma: LUMIGAL SL
a 5500C Peral, 2 - Poligono Industrial do Tambre - 15800
ST60
iF: B15335672
lfo@lumigal.com 981587399

TPV
5000 (Mod 2) PA: **PAGADO** 1376
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1375
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1376
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1377
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1378
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1379
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1380
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1381
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1382
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1383
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1384
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1385
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1386
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1387
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1388
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1389
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1390
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1391
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1392
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1393
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1394
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1395
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1396
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1397
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1398
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1399
5000 (Mod 1) **PAGADO** CEA TPV SIMP 1400

24 blanca: Tus amigas de Monte dos Pastos (500)

ARTO EN SAN FÉLIX DE SALES (50)

ST: 461
ST: 483
39916
39916

FALLECIDO: CARMEN FERNANDEZ VIANO

Fecha de fallecimiento: 19- DICIEMBRE - 2023

Domicilio: H. CLÍNICO - SANTIAGO

Teléfonos: 659 585336 (José - Fco)

E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Redonda c-1	Medida	190
Capilla ardiente	ORDENADOR	Sala Prep.	S
Gestión funeraria	SI	Tramitación UUV	
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO		
Carroza	COFRE Nº 2 (Tiempos)		
Prensa			
Radio	1 vez menores		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100		
Ómnibus acompañamiento	DEPARTAMENTO HUENES (FAMILIA)		1200
Turismo	id. Recogida 1545 en Iglesia		
Certificado médico	SI	Registro Civil	SANTIAGO
Carroza	SI	Personal	SI
Ayunt.º: Sepultura	ROJO		
Iglesia	SAN FÉLIX DE SALES		
Incineración	CHAPANERO (ARISA GUÍA) Urna:		
Presencia	SI	Destino	
Cantores	CHAPANERO (ARISA GUÍA) Funeral: DON JOSÉ Fco (1+3)		1200
Flores	1 CORONA: TU ESTOZO 1 CORONA: TU MADRE Y HERMANOS 1 CORONA: TUS SOBRINOS		

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FSEQUE EN PORTAL (NO)

FALLECIDO: Nombre CARMEN FERNÁNDEZ VIANO D.N.I. N° 33248852 Y
id. de los padres JESÚS DELMIRO Y JOSEFINA
Naturaleza VEDRA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 25 - NOVIEMBRE - 1961
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio C/ MONTE DOS POSTES, 6-2º A
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 1535 horas del día 19 de DICIEMBRE de 20 23
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio SAN FÉLIX DE SALES Ayunt.º VEDRA

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. JOSÉ DAVILA AGULLA (ESPOSO) D.N.I. 33158711 Q
domiciliado en EL MISMO

L SEÑOR
D/ña. CARMEN FERNÁNDEZ VIANO
(Vecina de c/ Monte dos Postes, 6 - 2º A)
falleció en _____ en el día de 19/12/2023 a los 62 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a JOSÉ DAVILA AGULLA
Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres MADRE: JOSEFINA VIANO REY (Viuda de Jesús Delmiro
Fdez. (enigaba))
Abuelos _____

Padres políticos NO
Hermanos ARTURO, JOSÉ LUIS Y EDELMIRO Fdez. VIANO;

Hermanos políticos SI

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos SI 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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
**FERNANDEZ
VIAÑO**

NOMBRE / NOME
CARMEN

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
25 11 1961

NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BNE111689 16 05 2024

Carmen Fernandez Viano 890624

DNI **33248852Y**

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. MONTE DOS POSTES 6 P02 / A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
**VEDRA
A CORUÑA**

HUJIA DE / FILLOA DE
JESUS DELMIRO / JOSEFINA

IDESPNE111689633248852Y<<<<<<<
6111254F2405160ESP<<<<<<<<<<<<3
FERNANDEZ<VIANO<<CARMEN<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
**DAVILA
AGULLA**

NOMBRE / NOME
JOSE

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
19 02 1942

NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BHE189692 01 01 9999

Jose Davila 900672

DNI **33158771Q**

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. MONTE DOS POSTES 06 P02 / A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
**BUEU
PONTEVEDRA**

HUJIA DE / FILLOA DE
CAMILO / CONSTANTINA

IDESPHE189692333158771Q<<<<<<<
4202190M9901018ESP<<<<<<<<<<<<7
DAVILA<AGULLA<<JOSE<<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (ESPOSO)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

BD3GYFFINL

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105185455

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. EVA SANMARTIN MANTOÑAN LICENCIADA
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151510047

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: CARMEN
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: FERNANDEZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: VIAÑO
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 25 Mes 11 Año 1961
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33248852-7
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 e data da defunción
Hora : minutos 15:35 Día 19 Mes 12 Año 2023
Hora : minutos Día Mes Año

¿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 trabajo 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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIACA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SINDROME DE DISFUNCION
MULTIORGANICA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c) SHOCK REFRACTARIO
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) LINFOMA NO Hodgkin
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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 Día Mes Mes Año Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 Saukago, a 19 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pola **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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CARMEN FERNÁNDEZ VIAÑO, con documento identificativo DNI, 33248852Y según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 19 de DICIEMBRE de 2023 , a las 15:35 horas, acaecida en el HOSPITAL CLÍNICO, SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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 20 de diciembre de 2023.

