

OTROS CONCEPTOS

who mod ~~PAGA~~ prices Korkten Niet aeb o

07526 0002420210 U.S.

00-9000-5346

pitd-445 - Coreo, 2, 3 Cores.

FALLECIDO:

Isolina Cobo Suarez

Fecha de fallecimiento

Domicilio: Adu de Balades, 48-60-Vigo

Teléfonos: Manuel 636 413 381 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	
Capilla ardiente	Sala Prep. ☒ Libro	
Gestión funeraria	☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado		
Prensa		
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. <u>IGLESIA DE LA PEREGRINA</u>	
Certificado médico	Registro Civil: <u>si (San Marcos)</u>	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	<u>Gentengio Nuevo</u>	
Iglesia	<u>de Peregrina</u>	
Incineración	Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino <u>Campanero</u>	
Cantores	Funeral: <u>CARLOS LENA</u>	
Flores	<u>CORONA (R.R.): TUS HIJOS E HIJO</u> <u>POUCOS</u> <u>CORONA (R.R.): TUS NIETOS</u>	

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Josefina Cebro Suarez D.N.I. Nº 33157145T
id. de los padres FRANCISCO Y MARIA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 29 - 05 - 1929
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio Alda de Balaidos, 48-6º
Vigo

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 5 de Enero de 2023
Domicilio Alda de Balaidos, 48-6º - Vigo
Cementerio Nuevo de La Peregrina Ayunt.º Santiago
Cónyuge: Nombre Daniel Noya Camino

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Manuel Noya Cebro (hijo) D.N.I. 44805400L
domiciliado en Alda de Balaidos, 48-6º - Vigo

D/ña. Josefina Cebro Suarez L SEÑOR

falleció en _____ en el día de 5/1/24 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 _____

y demás familia.- Conducción sábado ^{Domingo} a las 11:30

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: Sala Cervantes da Peregrina

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

ERRAUAW8NI

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

105214254

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a1ª colegiación
1ª colexiación

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

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento

de identidad:

Documento

de identidad:

D.N.I.

D.N.I.

Pasaporte

Pasaporte

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

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

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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INVOLUCION SENIL

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

NO PORTADORA DE MARCA PASOS

Horas

Días

Meses

Años

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
En

VIGO

a 5 de

ENERO

de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

J.A. Singabriel Villar
N.º Coleg. 358602979

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 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 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 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 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

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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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 Defunción.

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".

Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo 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 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 Años 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) Hemorragia 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 produciu 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 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

Otros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 5

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

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

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
CEBRO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
SUAREZ

NOMBRE / NOME
JOSEFINA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
29 05 1929

IDEMP
AIM150473

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

CSJ

DNI NÚM.
33157145T

Josefina Cebro Suarez



FALLECIDA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
NOYA

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
CEBRO

NOMBRE / NOMBRE
MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDAD
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTOS
06 05 1963

IDEMP
ASJ197430

VALIDEZ / VALIDADEZ
28 04 2025

NCM

DNI NÚM.
44805100L

Manuel Cebro



SOLICITANTE



ADMINISTRACION
DE JUSTICIA



ADMINISTRACIÓN
DE XUSTIZA

XDO. DE INSTRUCCIÓN N. 5 VIGO

CIDADE DA XUSTIZA, RUA PADRE FEIJOO, N.º1, PLANTA 2ª, 36204, VIGO
Teléfono: 986817325/26/27/28 Fax: 986817329
Correo electrónico: instruccion5.vigo@xustiza.gal

Equipo/usuario: MG
Modelo: GU0040

IN INDETERMINADAS 0000099 /2024

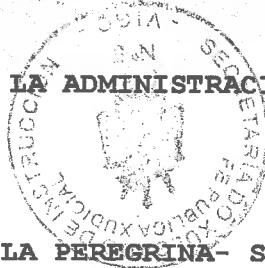
N.I.G: 36057 43.2 2024 0000213
Delito/Delito Leve: DELITO SIN ESPECIFICAR
Denunciante/Querellante:
Procurador/a:
Abogado:
Contra:
Procurador/a:
Abogado:

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO

En VIGO, a seis de enero de dos mil veinticuatro.

Habiéndose levantado el acta prevista en la regla 4ª del artículo 44 del Reglamento del Registro Civil, relativa a la defunción de DÑA JOSEFINA CEBRO SUAREZ, con DNI 33157145T nacido en SANTIAGO DE COMPOSTELA, el día 29-05-1929, hija de FRANCISCO y de MARIA, con domicilio en AVDA BALAIOS N.º 48,6º, VIGO, ocurrida en VIGO a las 15:00 horas del día 05/01/2024, según la certificación facultativa presentada, concedo permiso para la inhumación de su cadáver, transcurridas que sean las doce horas siguientes a las del fallecimiento, en virtud de las competencias atribuidas como Letrada de la Administración de Justicia de Guardia por el Reglamento 01/2005 de los aspectos accesorios de las actuaciones judiciales.

EL/LA LETRADO DE LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA



CEMENTERIO PARROQUIAL DE LA PEREGRINA- SANTIAGO DE COMPOSTELA

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.
Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.

Ainado por: GUTIERREZ FIDALGO, MARTA
Data e hora: 06/01/2024 12:56:17



