

OTROS CONCEPTOS

C. PR: Familia buena Toja - (US) •
• 50 rosas bl: Los amigos de tus hijos •
GB 659 698 - Sonia Fdez •
• entre varada mod 2: Tus sobrinos de Ourense • web
• entre mod 1: Cámara del Comercio de Santiago •
• oración: Tus niñas Olais, Aitara y Vega • web
• entre 24 rosas blancas: Televisión Corporación TPV •
• entre 24 rosas blancas: Tus primas TPV •
• entre 40 rosas rojas: Tus amigos de Mindoro •
• entre fls variadas mod 2: S.D Villalba • web

FALLECIDO: MARIA ISABEL GARCIA SAN PEDRO

web

25: 25
ST: 62
SC: 35

Fecha de fallecimiento 29 - Enero - 2024

Domicilio Juan Carlos - c/ Santiago de Compostela, 6-3º Izq - Stgo

Teléfonos: 629 882 146 - Alrededor E-mail: ppg@protono (España) - 639 886 986

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	
Capilla ardiente	Capilla, Quintero Sala Prep.	Libro si
Gestión funeraria	☐ Tramitación UUVW	
Carroza traslado	A Coruña - Stgo C Juan Expert	
Prensa	Los Angeles 4	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus	pañamiento NO	
Turismo	id. SACERDOTE SALE AL TRAFICADO	
Certificado médico	si	Registro Civil: A Coruña
Carroza	Personal si	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	Capilla Compañero	
Incineración	si	Urna: Sargadelos
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino: Quintero familia
Cantores	NO	Funeral: D. Ricardo (Fur)
Flores	entre C. RB: Tu esposo (US) • entre C. RB: Tus hijos - (US) •	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre M^a Isabel Garrido Lampedo D.N.I. N° 36084976 T
id. de los padres ELADIO Y FLORA
Naturaleza VALENCIA Provincia VENEZUELA
Día, mes y año de nacimiento 28 DE JUNIO DE 1959
Profesión _____ Estado Casada Domicilio c/ Santiago de Guayaquil
6-3^a Tg - Santiago -
Fecha: _____ horas del día _____ de _____ de 20____
Fallecimiento: Domicilio Juan Carabayo
Cementerio _____ Ayunt.º _____

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

L SEÑOR
D/ña. Maribel Garrido Lampedo

falleció en Santiago en el día de 29/11/24 a los X años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Lorge Lorenzo Louto
Hijos Lorge y Carlos Lorenzo Garrido
Hijos políticos no

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos Jesús y Tina
Hermanos Pilar Garrido Lampedo
Hermanos políticos Alfredo y María;

Nietos no Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos si Primos si
y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____
en la iglesia de Capilla Comelys
CASA MORTUORIA: Quintana
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

no



REINO DE ESPAÑA



1-800-441-6611



DOI 360849761



APPENDIX A: APPENDICES

CARRIDO
SAMPEORO

NOVAIS, NOPE
MARIA ISABEL

SEXO SEXO:	NACIONALIDADE NACIONALIDADE	NASCIMENTO NASCIMENTO
F	ESP	28 06 1959

EMISSÃO: EMISSÃO	VALIDADE: VALIDADE
15 09 2023	15 09 2033

CGD124296

677632

NATIONAL IDENTIFICATION CARD DOCUMENT NO. NATIONAL ID - 000000

(王德林 王德林 王德林 王德林)

RES. SANTIAGO DE COMPOSTELA DE
OCEANOGRAPHY
SANTIAGO DE COMPOSTELA
E. CORONA



LUGAR DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO
VALENCIA
VENEZUELA

ELADIO FLORA

IDESPCGD124296936084976T<<<<<<
5906288F3309151ESP<<<<<<<<<<8
GARRIDO<SAMPEDRO<<MARIA<ISABEL

FALLECIDA



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



▲P6113055 金剛經三昧懺

LORENZO
SQUITO

NOVRE / NOME
1985

SESO: 2000 NACIONALIDAD: NACIONALIDAD DE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
12 05 1960

NUMERO DE IDENTIFICACION: 04 12 2029

DNI 33239048T

299072

DOM CLIO / DOM CLIO

RUA. SANTIAGO DE GUAYAQUIL 6 P03 IZ
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA



LOGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HUJDA DE / FILLO/A DE
JESUS / JOSEFA

EQUIPO / EQUIPO
57711601

IDESPBL162426933239048T<<<<<
6005122M2912040ESP<<<<<<<<<5
LORENZO<SOUTO<<JORGE<<<<<<<<<

SOLICITANTE (ESPOSO)

<https://certificados.cgcom.es>

UYENAG4301

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105191829

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Adriana Jimenez Calvo, Ucenada

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en A Coruña, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513287

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA ISABEL

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apelido do falecido/a:

GARRIDO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

SAMPEDRO

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 28

Día 28

Mes 06

Mes 06

Año 1959

Año 1959

Sexo:

Sexo:

Varón ☐

Varón

Mujer ☒

Muller

Documento
de identidad:Documento
de identidad:☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

36084976-T

36084976-T

☐

Pasaporte

☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

18:40

18:40

Día 29

Día 29

Mes 01

Mes 01

Año 2024

Año 2024

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

A Coruña

Domicilio particular ☐

Domicilio particular

Centro hospitalario ☒

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria ☐

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo ☐

Lugar de trabajo

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) PATADA CARDIACA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) TRASPLANTE PULMONAR

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas 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 de tráfico Sí/Si ☐Accidente laboral No/Non ☐
Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

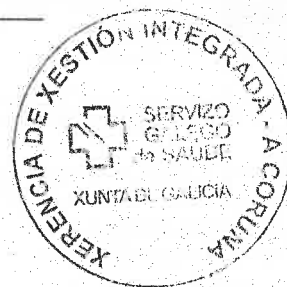
Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 A Coruña, a 29 de enero de 2024

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 ☐ ☐ 45 ☐ ☐ 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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐

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".

1 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 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 ☐ ☐ 45 ☐ ☐ 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, anotaranse 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐

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



OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE A CORUÑA

Calle Emilia Pardo Bazán n.º 24

15005 A Coruña

e-mail: registrocivil.acoruna@justicia.es

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dña. **MARIA ISABEL GARRIDO SAMPEDRO** con DNI/NIE núm. 36084976T ocurrida en A Coruña, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 29 de ENERO del 2024 a las 18:40 horas; **SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver** de la persona reseñada, **una vez transcurran doce horas desde la hora del fallecimiento.**

En A Coruña, a 30 de ENERO del 2024.

LA ENCARGADA

Maria Mercedes Santos García

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
30/01/2024 12:35

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:6NTf-5JA7-HNmR-4m3m

