

OTROS CONCEPTOS

PAGADO TPV Simd. 12
Cento (Mad. A) Familia Villaverde Saler
677733475) Pago tumbado
EUERO (Mad. A) PAGADO SINGADO BARCA TPV Simd. 13
EUERO (Mad. A) PAGADO TPV Simd. 14
EUERO (Mad. A) PAGADO ROSA Y LAS VIOLES
EUERO (Mad. A) PAGADO MANUEL Y PILAR FREE COSELO
EUERO (Mad. A) PAGADO TPV Simd. 15
EUERO (Mad. A) PAGADO HERRANDEY
EUERO (Mad. A) PAGADO ASERAY TPV Simd. 16
EUERO (Mad. A) PAGADO GUGUAD935
EUERO (Mad. A) PAGADO TPV Simd. 17
EUERO (Mad. A) PAGADO URRIN E CERRAS
EUERO (Mad. A) PAGADO TPV Simd. 23
EUERO (Mad. A) PAGADO Familia Guedo Campa

Coracion Seana - 674 + 30 apertura

TES MACHA.

55.1 Web
ST.1

FALLECIDO: MARIA CANDIDA VICA RODRIGUEZ

Fecha de fallecimiento 1- ENERO - 2024

Domicilio General PANDIAS, 19- SANTIAGO

Teléfonos: 6746982 - Aurora E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	1'9
Capilla ardiente	Carpen Praxarias	Sala Prep.	<u>PAGADO</u> 170 Libro Si 678 + 33 3140
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	170
Carroza traslado	Domicilio - Cerrado		105
Prensa	103 DE GLICIA 2'5x2		569
Radio	No		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	No	Placa Vidio	75
Ómnibus acompañamiento	Recoje en casa		45
Turismo	id		
Certificado médico	Si	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Si	Personal si (Y)	175/105 195
Ayunt.º: Sepultura	MUNICIPAL DE CARRASO CONCESSION		674 30
Iglesia	CAPILLA CONGRESO		<u>PAGADO</u>
Incineración	Urna:		19000
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	(24408)
Cantores	Si XERO BECA	Funeral:	XUAN VASTORA
Flóres	100 100 Centro Colque 40 R.R. "TUS HIJOS"		140
	100 100 Centro Colque 40 R.D. "TUS NIETOS"		140
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			3410 3410 3410 3410

FALLECIDO: Nombre MARIA CÁNIDA VILA RODRÍGUEZ D.N.I. Nº 33105420-W
id. de los padres PASTOR Y MANUELA
Naturaleza CARBALLO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 7- MARZO -1923
Profesión Estado VIUDA Domicilio SANTIAGO DE BIERO, 7
4: F. SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 08:20 horas del día 1 de ENERO de 2024
Domicilio C/GENERAL PARDIÑAS, 19. 2º D. SANTIAGO
Cementerio MUNICIPAL DE CARBALLO Ayunt.º CARBALLO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo; Página
DECLARANTE D. JOSE MANUEL ALONSO VILA (HIJO) D.N.I. 33247255-X
domiciliado en C/GENERAL PARDIÑAS, 19- 2º D. SANTIAGO

LA SEÑORA
D/ña. MARIA CÁNIDA VILA RODRÍGUEZ "CANDIDITA"
(HIJA DE PASTOR VILA) (VIUDA DE JOSÉ ALONSO ROENTE) (VECINA DE SANTIAGO)
falleció en en el día de a los 100 años
confortado con los Auxilios Espirituales

~~Su esposo/a~~

Hijos MARIA JESÚS, JOSÉ MANUEL Y MARTA ALONSO VILA

Hijos políticos LUIS FARINA Y AURORA GÓMEZ

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos SI: SUSO (+), PEPE (+), FÉLIX (+), CARMENA (+), MANOLO (+) Y ANTONIO (+)
VILA RODRÍGUEZ

Hermanos políticos SI:

JUAN, AURORA, LUIS, FELIPE Y SARA

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



RODRIGUEZ
Canoja Villa R

33105420-W

Ministerio del Interior

IDESP33105420W6<<<<<<<<<<<<<
2303071F9901018ESP<<<<<<<<<<2
VILA<RODRIGUEZ<<MARIA<CANDIDA<

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMERIO APELLIDO
ALONSO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
VILA

NOMBRE / NOME
JOSE MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
09 08 1960

IDEMP
ARR152190

VALIDEZ / VALIDEZ
14 01 2025

LVJ

DNI NÚM.
33242255X

LUGAR DE NACIMENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA PAIS / PROVINCIA PAIS
A CORUNA
MATERIA DE / TITULO DE
JOSE / MARIA CANDIDA
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. GENERAL PARDIRAS 19 P02 D
LUGAR DE COMERCIO / LUGAR DE COMERCIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA PAIS / PROVINCIA PAIS
A CORUNA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1
IDESPARR152190633242255X<<<<<<
6008097M2501143ESP<<<<<<<<<<<9
ALONSO<VILA<<JOSE<MANUEL<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN<https://certificados.cgcom.es>

VKWIIIOCUPO

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

105197784

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio de

Colegio de

105197784

Nº Certificado/Nº certificado

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

151510826

1ª colexiación
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

Data de nacemento

Día 07

Día 07

Mes 03

Mes 03

Año 1973

Año 1973

Sexo:

Sexo:

Varón ☐Varón ☐Mujer ☒Muller ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.☐ D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐ Pasaporte☐ Pasaporte

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

08:20

08:20

Día 01

Día 01

Mes 01

Mes 01

Año 2021

Año 2021

¿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 trabajo ☐

Otro lugar

Outro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FRACTURA MULTIFOCAL DE COLUMNA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA CARDIACA

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA CARDIACA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 01

Día 01

Mes 01

Mes 01

Año 2021

Año 2021

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 1 de ENERO de 2014

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 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 3 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 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 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 Días Meses Años 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

Horas Días Meses 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.

Instruções básicas de Certificação:

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

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 45 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 3 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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas Días Meses Anos 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 Días Meses Anos 5

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 **MARÍA CÁNDIDA VILA RODRÍGUEZ** con documento identificativo DNI, **33105420 W** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte **3 de enero de 2024** a las **08:20** horas, acaecida en su domicilio en Santiago.

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 **1 de enero 2024**.



