

**OTROS CONCEPTOS**

18 PR. ENTRO: TU CUÑADA MANUELO • GRIJE  
MAD V. A. MARIA DOZ CARMEN BARBERA

ENTRO (HOD I): SIN ANTA **BIEN**  
DIETOS: FAMILIAS LANDEIRA CAUPOS 620 632 488

Ped.  
JOSE SANTOS  
FEDOT  
D. DCHA

FALLECIDO: JOSE SANTO FERNANDEZ

Fecha de fallecimiento 26- ENERO - 2024

Domicilio H. Clinico - ESPASANDO, 45 - LUO

646784432 RIA

Teléfonos: 636 639065 - 11. CARMEN E-mail:

| CONCEPTOS                         |                                                         |                                          |                     | Servicio prestado |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Arca modelo                       | C/                                                      | Medida                                   |                     | 689               |
| Capilla ardiente                  | LUOY 1                                                  | Sala Prep.                               | Libro               | Si                |
| Gestión funeraria                 | Si                                                      | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV |                     |                   |
| Carroza traslado                  | HOSP - TARROT                                           |                                          |                     |                   |
| Prensa                            | <del>X</del> CORREO 3 (P. J. J. J.)                     |                                          |                     | 200               |
| Radio                             | <del>X</del> A vez                                      |                                          |                     | 18'44             |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas |                                                         |                                          |                     |                   |
| Ómnibus acompañamiento            | no                                                      |                                          |                     |                   |
| Turismo                           | id.                                                     | Inscripción                              |                     | 280               |
| Certificado médico                | <del>X</del> Si                                         | Registro Civil:                          | <del>X</del> No     |                   |
| Carroza                           | Personal                                                | Si                                       |                     |                   |
| Ayunt.º: Sepultura                | camposanto LUO                                          | <del>X</del> Rojo                        |                     | 120               |
| Iglesia                           | camposanto LUO                                          |                                          |                     |                   |
| Incineración                      | Urna:                                                   | <del>X</del> Campos                      |                     | 60€               |
| Presencian                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Destino                                  |                     |                   |
| Cantores                          | Si <del>X</del> SUSO                                    | Funeral:                                 | <del>X</del> JOSEPH | 140               |
| Flores                            | Corona: TU ESPERA                                       |                                          |                     |                   |
|                                   | Corona: HIJOS E HIJAS POLÍFICO                          |                                          |                     | 140               |
|                                   | Corona: NIETOS Y BISNIETOS                              |                                          |                     |                   |
|                                   | CENTRO E.C. - ALICIA Y DIETOS                           |                                          |                     |                   |

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS  
**SANTOS FERNANDEZ**  
NOMBRE / NOME  
**JOSE**  
SEXO / SEXO  
**M** NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
**ESP**  
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO  
**11 03 1937**  
NUM. SOPORTE  
**BCN143854 01 01 9999**  
VALIDEZ / VALIDEZ  
**21 01 16**  
*[Signature]* **171584**  
**DNI 33158335V**

DOMICILIO / DOMICILIO  
**LGAR. ESPASANDE 45**  
**LUOU**  
**TEO**  
**A CORUÑA**  
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO  
**ANES**  
**A CORUÑA**  
HIJO/A DE / FILLO/A DE  
**ALFREDO / EMILIA**

IDESPBCN143854333158335V<<<<<<<  
3703117M9901018ESP<<<<<<<<<<<<6  
SANTOS<FERNANDEZ<<JOSE<<<<<<<<<

FALLECIDO

ES REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI **33271300Y**  
APELLIDOS / APELLIDOS  
**SANTOS VILLAVERDE**  
NOMBRE / NOME  
**RITA MARIA**  
SEXO / SEXO  
**F** NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
**ESP** NACIMIENTO / NACIMENTO  
**21 05 1966**  
EMISIÓN / EMISIÓN  
**17 08 2021** VALIDEZ / VALIDEZ  
**17 08 2031**  
NUM. SOPORTE  
**CAE129017**  
*[Signature]* **540096**  
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILIO  
**LGAR. VILAR-FRANCOS 107**  
**CALO**  
**TEO**  
**A CORUÑA**  
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO  
**TEO**  
**A CORUÑA**  
HIJO/A DE / FILLO/A DE  
**JOSE / CLAUDINA**

IDESPCAE129017033271300Y<<<<<<<  
6605212F3108170ESP<<<<<<<<<<<<7  
SANTOS<VILLAVERDE<<RITA<MARIA<

SOLICITANTE (HIJA)



https://certificados.cgcom.es

FESAUP65B

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

105026331

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ANA SANTOS ESTÉVEZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual  
Colegio actual

Nº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a

151513591

1ª 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

Data de nacemento

Día 11

Día 11

Mes 03

Mes 03

Año 1937

Año 1937

Sexo:

Sexo:

Varón X

Varón X

Mujer

Muller

Documento  
de identidad:

X D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

33158335-V

33158335-V

Documento  
de identidad:

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

17:57

17:57

Día 26

Día 26

Mes 01

Mes 01

Año 2024

Año 2024

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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 aproximado  
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b)

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 fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

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/Sí

Accidente laboral

Sí/Sí

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 SANTIAGO, a 26 de 01 de 2024

Firma del médico  
Sinatura do médico

*[Firma]*

### 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 periodo 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 00 00 00  
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 00 00 00 02  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 02  
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

00 00 00 05  
Horas Días Meses 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

00 00 00 01 00  
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 cumprimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "debido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

**Causa básica de defunção:** "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

#### 1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o começo de cada afeição e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) deve ser inferior ou igual a I.(b), e este à sua vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é decir, hai que expresar o periodo 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 00 00 00  
Horas Días Meses Años

#### 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 00 00 00 02  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 02  
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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

00 00 00 01 00  
Horas Días Meses Años

#### 5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

00 00 00 01 00  
Horas Días Meses Años

#### 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, 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.

## Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

## Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

## Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licenza para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

## Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licenza esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licenza tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

## LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de  
Téndose inscrito no Rexistro Civil de  
la defunción de don/a  
a defunción de don/a  
ocurrida a las  
occurrida ás

17:57 horas del día  
de Enero de 2024  
de 2024

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa  
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa  
del fallecimiento:

do falecemento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que  
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as  
sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.  
vintecatro horas do falecemento

Registro Civil de  
Rexistro Civil de

A 27 de Enero  
O 2024 de

(El Juez) *LAJ*  
(El Jefe) *LAX*

