

OTROS CONCEPTOS

Mod 2
 Centro: Familia Dora Mindet
 Centro: Turbireduelos Javi y Marisa
 Centro: Tu Padrino

297 FALLECIDO: TRIANA CANAS CASTELAO WED ST: 10 SC: 6

Fecha de fallecimiento 28- Febrero - 2024

Domicilio H-Clinico - Rebordaos -

Teléfonos: 654814518 - Luis - Abuelo E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prest
Arca modelo	Parvulos Medida 0'80	170
Capilla ardiente	Quintana Sala Prep. Libro si	628 >
Gestión funeraria	si ☐ Tramitación UUVV	170
Carroza traslado	X H-Clinico - Complejo	105
Prensa	X 1900 2	205
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	1 id. 18'45 Telenia San Cayetano (NOSOTROS)	3
Certificado médico	X si X Registro Civil: Stgo	X
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	Capilla Complejo	149
Incineración	si Urna:	345 +
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	Funeral: X D. Victor	
Flores	Centro: Tus Padres Centro: Tus abuelos Centro: Tus tíos	80 80 80
NO RECIBEN FLORES		
☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		1580

<https://certificados.ccgcom.es>

9LCCLZS8F6D

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Sello/Catrimbo

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

105196299

D./Dña. RITA GARCÍA FERNÁNDEZ

D./Dña.

Colegio actual

Nº de colegiados

Colegio actual

Nº de colegiados

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, con el número 151513124

1ª colección

1ª colección

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número

CERTIFICADO de defunción de / CERTIFICADO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

TRIANNA

Nome do falecido/a:

TRIANNA

1º Apellido del fallecido/a:

CLASAS

1º Apellido do falecido/a:

CLASAS

2º Apellido del fallecido/a:

CASTELAO

2º Apellido do falecido/a:

CASTELAO

Fecha de nacimiento

23 Día 12 Mes 2023 AñoSexo: Varón ☒ Mujer ☐Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Documento de identidad:

D.N.I. Número: 00000000Pasaporte Número: 00000000Pasaporte Número: 00000000

Documento de identidad:

D.N.I. Número: 00000000Pasaporte Número: 00000000Pasaporte Número: 00000000N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: 00000000N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: 00000000

Hora y fecha de la defunción

18:18 Hora : minutos 28 Día 28 Mes 02 Año 2024Hora : minutos 18:18 Día 28 Mes 02 Año 2024¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado ¹I. Causa inmediata ² / Causa inmediata ²(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2Horas 2 Días 0 Meses 0 Años 0Causas intermedias ³ / Causas intermedias ³(b) ENFERMEDAD DE EPILEPSIA 5Horas 5 Días 2 Meses 0 Años 0

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c) Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental ⁴ / Causa inicial ou fundamental ⁴(d) ENFERMEDAD DE EPILEPSIA 5Horas 5 Días 2 Meses 0 Años 0II. Otros procesos ⁵ / Outros procesos ⁵Horas 0 Días 0 Meses 0 Años 0

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

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

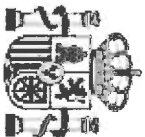
Si/ Si ☐ No/ Non ☒Si/ Si ☐ No/ Non ☒

¿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 00 Mes 00 Año 0000Data do mesmo: Día 00 Mes 00 Año 0000

Continúa al reverso

Continúa ao reverso



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de TRIANA CASAS CASTELAO
, con documento identificativo DNI, ----- según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 28 DE FEBRERO DE 2024
a las 18:18 horas, acaecida en 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 29 de FEBRERO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
29/02/2024 10:59	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comproba-clon-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO



RG:nht6-n6eR-K&ws-u2gd