

OTROS CONCEPTOS

PAGADO
entre 18 personas de tus amigos Taki, Fatima, Lene y Gualos
entre personas amigas Quimica web

del (24 R.B.) tu sobrino Elena, Lucia, Monte, Patricia y
Gustavo Alvaro (con FAVOR)
Enero (Var.): Patricia, Rebecca y Marcos TUV
Enero (18 R.B.): Carmen y Familia Santos eladio
Enero (24 R.B.): Marcela, Lucia y Lorena eladio

FALLECIDO: ARTURO CASTAÑEDAS VARELA

Fecha de fallecimiento 21. MARZO. 2024

Domicilio PARRA DE CASTRO, 66 - ANES

Teléfonos: 65984348 (hija) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'90"66		994'98
Capilla ardiente S.A.P. CERRADA Sala Prep. S.	Libro S.		83734 53 24120
Gestión funeraria S.	☐ Tramitación UUV		170
Carroza traslado CONMUNICACIÓN - COMPLETO			105
Prensa NO			365
Radio NO			
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo id. 11:00 Haymora			45
Certificado médico S	Registro Civil: ANES		3
Carroza	Personal		190
Ayunt.º: Sepultura BASICA SEP 568			
Iglesia Capilla COMPLETO			149
Incineración S. 13:00 Urna: BASICA			345 + 89
Presencia ☐ SI ☐ NO Destino ANES 35:00			70
Cantores Nelson Funeral: D. RICARDO			60 (74324)
Flores 1 CORONA R.B. : TU ESPOSA			155
1 CORONA R.B. : TU HIJA			155
1 CORONA R.B. : TITO, MARIA ELENA Y MARUCHI			155
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			34'10
			72'10

ST: 20 (ANES)
ST: 15A
SC: 90

FALLECIDO: Nombre ARTURO VÁZQUEZ CASTIÑEIRAS D.N.I. N° 33203410N
id. de los padres ISOLINO Y MARIA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 28 - SEPTIEMBRE - 1949
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio ROSA DE CASTRO, 66-95
5° S - MILLADOIRO - AMAL

Fallecimiento: Fecha: 20:15 horas del día 21 de MARZO de 2024
Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio CREMATOIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. RITA MARIA PAMPIN GIL (ESPOSA) D.N.I. 33277017-K
domiciliado en ROSA DE CASTRO, 66-95-5° S - MILLADOIRO - AMAL

EL SEÑOR
D/ña. ARTURO CASTIÑEIRAS VÁZQUEZ "TITO"
(GERENTE DE IMPRENTA GRAFISANT)
falleció en _____ en el día de _____ a los 74 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa RITA PAMPIN GIL
Hijos RITA CASTIÑEIRAS PAMPIN

Hijos políticos NO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos MARICARMEN, MARIA ELENA > ISOLINO CASTIÑEIRAS VÁZQUEZ

Hermanos políticos EDUARDO PAMPIN / MARIA ELENA CASTRO Y MARUCHI PAMPIN
ANGEL CERQUEIRO, MANUEL BLANCO Y MARICARMEN (T) SANTOS.

Nietos NO 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

SIEMPRE MATANA 17:30

OMC

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

105196711

Nº Certificado/Nº certificado

https://certificados.cgcom.es

RLBYZTHOND

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

Sello Carimbo

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

LA CORUÑA

, con el número

, co número

SANTAGO DE COMPOSTELA

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

153604987

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ARTURO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

CASTIÑEIRAS

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

VÁZQUEZ

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento

D.N.I.

Número:

33203410-N

Documento

D.N.I.

Número:

33203410-N

Documento

Pasaporte

Número:

33203410-N

Documento

Pasaporte

Número:

33203410-N

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

33203410-N

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

33203410-N

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?

AMES

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de traballo

Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas
Días
Meses
Años

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Horas
Días
Meses
Años

(b)

(c)

Horas
Días
Meses
Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Horas
Días
Meses
Años

(d)

II. Otros procesos / Outros procesos

(e)

Horas
Días
Meses
Años

(e)

¿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
Accidente de tráfico

No/ Non

Accidente laboral

No/ Non

Sí/ Si

Accidente laboral

Sí/ Si

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al 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 21 de MARZO 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 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela causa **Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dizer, 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 dizer, 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 Años

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 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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
Días Meses Años

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20240322/005412
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **Don. ARTURO CASTIÑEIRAS VAZQUEZ**, con Documento Identificativo DNI **33.203.410-N**, co derradeiro enderezo coñecido en **Avenida Rosalía de Castro 66-p5-5j, Milladoiro (Ames)**, A Coruña, España, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **21 de MARZO de 2024**, as **20:15 horas**, ocorrida en **SU DOMICILIO, AMES**; **CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce horas desde a do falecemento**.

En Ames, **22 de marzo de 2024**.



