

OTROS CONCEPTOS

entro 24 rosas con **PACADO** ^{PU} / ¹⁰ / ⁶⁰⁹⁹⁴⁸²⁹⁸ ^{pepe y familia}

SEPULTURA 2.527. PROPIEDAD JOSÉ ALBERTO SÁNCHEZ, ESPOSA E HIJAS.
(APARECE EN EL LIBRO EL NOMBRE DE LOS TITULARES).
SEPULTURA 2.528 PROPIEDAD SARA VÁSQUEZ VILARIÑO E IRMÃNS.
ENTERRADO LUIS VÁSQUEZ FERAS 11/11/1976.
ENTERRADA DOLORES VILARIÑO DOMÍNGUEZ 16/15/1992.

SF-152
ST-109

web

FALLECIDO: MARIA VÁSQUEZ VILARIÑO
Fecha de fallecimiento 3 - MARZO - 2024/
Domicilio CANTERA DE ARIZA 1-1-SANTIAGO
646 35 4137 (LON)
Teléfonos: 620 713115 (CRISTINA) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	PÁDOVA	Medida 12x5x15
Capilla ardiente	X CERVANTES Sala Prep. SI Libro SI	
Gestión funeraria	SI ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	X RATILLETE 3 ROSAS BLANCAS	
Prensa	X TORREO N°2 (Colores)	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	Id: Recoger 16 ⁰⁰ en domingo 45	
Certificado médico	SI (OGI)	Registro Civil: SANTIAGO
Carroza	SI (2)	Personal SI
Ayunt.º: Sepultura	X BOISACA 2527. (VACÍA)	
Iglesia	X CATILLA COMPLETO	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	NO	Funeral: X JUAN VENTURA
Flóres	X CENTRO COLGAR ROSAS BLANCAS - SIN CINTA.	
	X CENTRO ENCIMA CAJA - SIN CINTA.	
	(BLANCO).	
	X RATILLETE 3 ROSAS BLANCAS	

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

X ENTERRADA EN INHUMACIÓN

FALLECIDO: Nombre MARÍA VÁZQUEZ VILARINO D.N.I. Nº 33160978 S
id. de los padres LUIS Y DOORES
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 20 MAYO 1943
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio CANTEIRA DE ARRIBA, 1-1º
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 10:30 horas del día 3 de MARZO de 2024
Domicilio CANTEIRA DE ARRIBA, 1-1º SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. CRISTINA ALVITE VÁZQUEZ (HIJA) D.N.I. 33264167 J
domiciliado en EL HISHO.

D/ña. MARÍA VÁZQUEZ VILARINO ~~L SEÑOR~~

falleció en SANTIAGO en el día de 3/3/2024 a los 80 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos LOLA Y CRISTINA ALVITE VÁZQUEZ;

Hijos políticos JUAN CARLOS SALVADOR;

Padres NIETOS: CANDELA Y DANI;

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos CARMEN, PETE Y CARMERCEDES VÁZQUEZ VILARINO;

Hermanos políticos SI

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

NO

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELLIDOS
VAZQUEZ
VILARIÑO

NOMBRE / NOME
MARIA

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
20 05 1943

NUM BOOPORT
BHY168255

VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

DNI 33160978S

791744

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CANTEIRA ARriba 1 P01

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

NUMERO / EQUIPO
15771L6D1

NUMERO DE NACIMIENTO / NÚMERO DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

NUMERO DE / FILLOA DE
LUIS / DOLORES

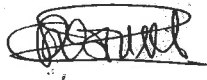
IDESPBHY168255933160978S<<<<<<
4305208F9901018ESP<<<<<<<<<<<7
VAZQUEZ<VILARINO<<MARIA<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APellidos / APELLIDOS
ALVITE
VAZQUEZ
Nombre / NOME
CRISTINA
Sexo / SEXO
F
Nacionalidad / NACIONALIDADE
ESP
Fecha de nacimiento / DATA DE NACEMENTO
27 12 1965
Nº de documento
BHY168256
Validez / VALIDEZ
13 09 2028



DNI 33267167J 040512

Domicilio / DOMICILIO
AVDA. CASTELLANO 19 8 PBJ D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



Equipo / EQUIPO
15771L6D1



Lugar de nacimiento / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

Hija de / FILLOA DE
JOSE / MARIA

IDESPBHY168256033267167J<<<<<<<
6512275F2809137ESP<<<<<<<<<<<<8
ALVITE<VAZQUEZ<<CRISTINA<<<<<<<

SOLICITANTE (Hija)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

JDVYIOYPGB

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105424448

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

LA CORUÑA

SANTIAGO

, con el número

, co número

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:

MARIA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

VAZQUEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

SANTIAÑO

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 20

Mes 05

Año 1943

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Sexo:

Varón

Muller

Documento

de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

33160978-5

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

10:30

Día 03

Día 03

Mes 03

Mes 03

Año 2024

Año 2024

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

SANTIAGO

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGANICO

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(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 fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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 3 de MARZO de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]
J. Guzmán

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 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 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 excluyentes, 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 ☐ ☐ 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 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. Anotase 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5

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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de **MARÍA VÁZQUEZ VILARIÑO** con documento identificativo DNI, **33160978S** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte **03 DE MARZO DE 2024** a las **10:30** 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 **04** de **MARZO** DE **2024**.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
04/03/2024 13:33

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:Y4Ck-JEZm-Vucv-6s7E

