

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO:

MARIA ANGELES GOMEZ VILLAS

4. ABRIL - 2024

Fecha de fallecimiento

Domicilio H. CONXO - SANTIAGO

Teléfonos: 616 22 46 19 (MANUEL)

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Redonde	Medida	682'50
Capilla ardiente	OLBADOIRO	Libro firmas	803'00
Gestión Funeraria	SI		53'00
Carroza Traslado	HOSPITAL - TANATORIO		176'00
	CORNEO N° 3 (SABADO)		105'00
	VIERNES		365'00
Esquelas:	Prensa		
	Radio	NO	124'00
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id.		3'00
Certificado médico	SI		114'00
Registro Civil	SANTIAGO	Carroza	
Ayunt.º: Sepultura	URNA EN SEPULTURA 6.136 - DETRÁS DE LAPIDA		
	(ENTERRIO URNA SIN) PA 6 - 11'00		
Iglesia	NO		72'10
Conducción	INCINERACIÓN VIERNES DÍA 5 - 13:00	Funerales	345'00
Cantores	NO	Sres. curas	
	ENTRÓ 18 ROSAS BLANCAS : SIN CINTA		80'00
	(ENCIMA CAJA)		
Flores	ENTRÓ 18 ROSAS BLANCAS : SIN CINTA		80'00
	(DELANTE CASA)		
	Sedeno		26'00

Acreditado

72'10

FALLECIDO: Nombre MARÍA ÁNGELES GÓMEZ VILAS D.N.I. Nº 332097034
id. de los padres BERNARDINO Y CORALID
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 1 - ABRIL - 1952
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio C/CONCHEIROS, 18-5ºB
SANTIAGO (A CORUÑA)
Fecha: 17:00 horas del día 4 de ABRIL de 2024
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL DE CONXO - SANTIAGO
Cementerio CREMACIÓN EN COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. MANUEL FRANCISCO MAHIA QUIÑÓY (HERMANO POLÍTICO) D.N.I.. 33201053 R
domiciliado en RUA LISBOA, 16 C - 4ºD - SANTIAGO

~~D/ña~~ MARÍA ÁNGELES GÓMEZ VILAS ~~L~~ SEÑOR

falleció en (VECINA DE C/CONCHEIROS, - SANTIAGO) en el día de 4/4/2024 a los X años
~~confortado con los Auxilios Espirituales~~

Su esposo/a D.E.P.
Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos CALI GÓMEZ VILAS;

Hermanos políticos MANUEL MAHIA QUIÑÓY;

SOBRINO: MANU MAHIA GÓMEZ; y DEMÁS FAMILIA.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

COMUNICAR SU FALLECIMIENTO Y QUE SU CUERPO,
POR EXPRESO DESEO DE LA FALLECIDA, FUE

OMC §

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

HK6LVZK43M

Id. electrónico/Id.e. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105436869

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

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

RAFAEL ALONSO VALENTE

A CORUÑA

, con el número

co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

36052806

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 Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

MARIA ANGELES
GOMEZ
VILLAS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 01
Día 01Mes 04
Mes 04Año 1952
Año 1952Sexo:
Sexo:Varón ☐
VarónMujer ☒
Mulle ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.Número:
Número:

33209707-A

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ PasaporteNúmero:
Número:☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunciónHora : minutos
Hora : minutos

17:00

Día 04
Día 04Mes 04
Mes 04Año 2024
Año 2024

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

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario ☒
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro 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) ARTERIOESCLEROSIS CORONARIA
Debido a/Debido aCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Debido a/Debido a

(c) Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) ATROFIA MUSCULAR PROGRESIVA
CRÓNICA EN PACIENTE
Debido a/Debido aII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐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 4 de ABRIL 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 ☐ ☐ 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 pela **causa Imediata** 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 decir, 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, anotarase 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. 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ÁNGELES GÓMEZ VILAS, con documento identificativo DNI 33209703A, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 4 de abril de 2024, a las 17:00 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 5 de abril de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
05/04/2024 13:18

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:BS7v-8dVu-aNHq-Ntrv

