

OTROS CONCEPTOS

UT# FALLECIDO: Marela Diaz Lopez (web) ST-174
 Fecha de fallecimiento: 3. Abril - 2024
 Domicilio: Resid. Domus Vi. ~~Porto~~ Jorkpedina
 Teléfonos: 697 611442 (Luz) E-mail: lygadi65@gmail.com

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	<u>C-1 (Arturo)</u>	Medida	<u>1'90</u> <u>59x50</u> <u>62x45x3</u>
Capilla ardiente	<u>X S. Gavanta</u>	Sala Prep.	<u>S: Libro NO</u>
Gestión funeraria	<u>S:</u>	☐ Tramitación UUV	<u>NO</u>
Carroza traslado	<u>Residencia - Complejo</u>		<u>105</u>
	<u>Agencia de Traslado</u>		
<u>VIERNES</u>	<u>NO</u>	<u>Cabe traslado feneol</u>	
<u>10:30</u>	<u>NO</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>NO</u>	<u>1 Familiar</u>	<u>NO</u>
Ómnibus acompañamiento	<u>NO</u>		
Turismo	<u>Domil</u>	<u>10:00 en domicilio</u>	<u>45</u>
Certificado médico	<u>S:</u>	Registro Civil:	<u>3</u>
Carroza	<u>SI</u>	Personal	<u>257</u>
Ayunt.º: Sepultura	<u>SI</u>	<u>Catabois (Feneol) 12:30</u>	
Iglesia	<u>X Capilla Complejo</u>		<u>149</u>
Incineración	<u>—</u>	Urna:	<u>(Cura Rosario Feneol)</u>
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	<u>Sacerdote Catabois</u> <u>80 (75271)</u>
Cantores	<u>NO</u>	Funeral:	<u>X Juan V.</u> <u>60 (75267)</u>
Flora	<u>X Capa RBL: Tus hijos e hijos políticos</u>		
	<u>" " " : Tus nietos y biznietos</u>		
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			<u>2660</u> <u>2660</u> <u>7210</u>

Feneol: Preventiva, SI
 cda Cta. de Goshila 49-bojo
 15403 Feneol.

I. CMO, TITULO
 6972 2080 0221 3530 0001 1322

FALLECIDO: Nombre Manuel Díaz López D.N.I. Nº 32469552-S
id. de los padres Manuel y Mercedes
Naturaleza Sania Provincia Lugo
Día, mes y año de nacimiento 26/04/1923
Profesión ? Estado Viude Domicilio Res. Domus Vi
Pontevedra. s/c/ ESCULTOR CARLOS OTERO, 2 - SANTIAGO
Fecha: _____ horas del día 3 de Abril de 2024
Fallecimiento: Domicilio Resid. Domus Vi - Pontevedra
Cementerio Catabois Ayunt.º Ferrol

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. Lucía García Díaz (Hija) D.N.I. 32691474-N
domiciliado en _____

D/ña. Manuela Díaz López (vda de Ramón Gº López)
"MANOLITA"
falleció en _____ en el día de 3/4/24 a los 100 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos : Moncho (†), Manoli, Merchi (†) y Luci Gº Díaz.

Hijos políticos : Chelo, Juan (†), Daniel y Julio.

Padres Mª Antonia y Consuelo; Juan Manuel, Carolina y Maite;
Abuelos Merce, Dani y David; Lucía y Elías.

Padres políticos _____
Hermanos : 3 si

Hermanos políticos 0: si y demás familia.

Nietos _____ Bisnietos 0 si Tíos _____ Sobrinos X Primos X
y demás familia.- Conducción _____

Funerales Viernes 10:30 h.

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

LOCAL DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO
SARRIA
 PAIS: PAIS: PRE-INDIA PAIS
LUGO
 NOMBRE: NOMBRE DE
MANUEL / MERCEDES
 NOMBRE: NOMBRE
C. MONASTERIO NONERO 32 P03
 LOCAL DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO
FERROL
 NOMBRE: NOMBRE
LEIRIA
 EQUIPO / EQUIPO:
45341L6D1

FALLECIDA

DONICHO/DONICHO
RUA. ALFREDO BRAÑAS DE 0025 C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
FERROL
A CORUÑA

EQUIPO/EQUIPO
15771L601

FECHA DE FECHA DE
RAMON / MANUELA

IDESPCAL130323132641474N<<<<<
6502241F2906047ESP<<<<<<<<<<O
GARCIA<DIAZ<<LUCIA<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN<https://certificados.cgcom.es>

IW19NYSQBG

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

105195705

Nº Certificado/Nº certificado

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 enM^{re} Isabel Vilariño Vilariño - Docto
A Coruña
Sancti de CompostelaColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151504259

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 26

Mes 04

Año 1903

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:Documento
de identidade:☒ D.N.I.
☐ PasaporteNúmero:
Número: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

20 : 07

Día 03

Mes 04

Año 2024

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

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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) BRONCONEUMONÍA ASPIRATIVA

(c) HIPERTENSION ARTERIAL

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DEMENCIA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

H. PERCLOESTEROLEMIA

¿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 No/Non
Accidente de tráfico Si/SiAccidente laboral No/Non
Accidente laboral Si/Si

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/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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
En

Santiago a 3 de abril de 2024

de
de

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".

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00
Horas Días Meses Años

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 00 02
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 00 02
Horas Días Meses Años

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 00 05
Horas Días Meses Años

II

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 00 10
Horas 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.

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 Defunción.

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".

Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a 3 00 00 00 00
Horas Días Meses Anos

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 00 00 00 00 02
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 00 02
Horas Días Meses Anos

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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático

00 00 00 00 10
Horas Días Meses Anos

II

Otros procesos:

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

Exemplo: Diabetes

00 00 00 00 10
Horas Días Meses Anos

Otras recomendacións

- Empregar máiusculas 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.

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 MANUELA DÍAZ LÓPEZ, con documento identificativo DNI 32469552S, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 3 de abril de 2024, a las 20:07 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 4 de abril de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
05/04/2024 08:36

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:Kxz&-E5G6-2gkq-jTFJ

