## OTROS CONCEPTOS

PAGADO (EFECTIVO RECEPCIÓN)
ENTRO 18 ROSAS ROJAS CARMEN NOVO Y FAMILIA. •

PAGADO (EFECTIVO RECEPCIÓN)
O MOD. 3: TUS PRIMOS ANTONIO, JOSÉ SOUTO Y FAMILIAS •

PAGADO (EFECTIVO RECEPCIÓN)
RO MOD 1: TUS SOBRINAS LOURDES BLANCO Y MANUELA VILLAR •

alrecarey@gmail.com

986.27.34.35 (Don Alberto)

584 Web ST-244 ST-212

FALLECIDO: JOSÉ SOUTO VILAS

Fecha de fallecimiento: 23 - ABRIL - 2024

Domicilio: H. CONXO - SANTIAGO (C/SANTO DOMINGO DE LA CALZADA)

Teléfonos: 630.64.84.16 (Vera) E-mail:

| CONCEPTOS | | Servicio prestado |
|---|---|---|
| Arca modelo: Redondo C-2 | Medida: Mete | 1090 |
| Capilla ardiente: QUINTANA | Sala Prep.: SI / Libro: NO | 628+53 |
| Gestión funeraria: SI | ☐ Tramitación UUVV | 170 |
| Carroza traslado: HOSPITAL - TANATORIO | | 105 |
| MIÉRCOLES 12:00 Prensa: NO | | |
| Radio: NO | | |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas: NO | | |
| Ómnibus acompañamiento: NO | | |
| Turismo: ~~Id.~~ Recoger 11:40 en domicilio. | | 56 |
| Certificado médico: SI | Registro Civil: SANTIAGO | 3 |
| Carroza: (2) | Personal | 175+105+12 |
| Ayunt.º: Sepultura: MALLÓN (STA COMBA) - ROJO | | |
| Iglesia: CAPILLA COMPLEJO | | 149 |
| Incineración | Urna: PARROCO MALLÓN | (MANDAR DATOS Y CARGENCIA X E-MAIL) |
| Presencian: ☐ SI ☐ NO | Destino | 60'00 |
| Cantores: JAVIER OK | Funeral: JUAN VENTURA (MISA Y ENTIERRO EN MALLÓN) | 80 (76635) |
| Flores: 1 CORONA ROSAS ROJAS: TU ESPOSA • | | 140 |
| 1 " " BLANCAS: TUS SOBRINOS Y AMIGADOS DE CASA • | | 140 |
| 1 CENTRO BLANCO Y ROJO: JULIO Y ALEJANDRA • (ENCIMA CAJA) | | 68 |
| ☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario | | 34'10 |
| | | 72'10 |

FALLECIDO:

Nombre JOSÉ SOUTO VILAS D.N.I. Nº 33204715Y

id. de los padres ANTONIO Y CLARINDA

Naturaleza SANTA COMBA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 20 - MAYO - 1932

Profesión Estado CASADO Domicilio C/ SANTO DOMINGO DE LA CALZADA, 4 - 6º I - SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 6º horas del día 23 de ABRIL de 2024

Domicilio HOSPITAL DE CONXO - SANTIAGO

Cementerio SAN CRISTÓBAL DE MALLÓN Ayunt.º SANTA COMBA

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. MARÍA ASUNCIÓN BLANCO DUBRA ( ESPOSA ) D.N.I. 33213678E

domiciliado en EL MISMO

~~EL SEÑOR~~

D/ña. JOSÉ SOUTO VILAS (EX-PROPIETARIO DEL BAR BRASIL)

falleció en en el día de 23/4/2024 a los 91 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a MARÍA ASUNCIÓN BLANCO DUBRA;

Hijos —

Hijos políticos —

Sobrinos y Ahijados de Casa: VERA LUCÍA, JOSÉ MANUEL, SERGIO, ALBERTO, YAIZA, ANA, JULIO Y ALEJANDRA;

Padres —

Abuelos —

Padres políticos —

Hermanos EDUARDO, DIVINA Y JOSEFA SOUTO VILAS;

Hermanos políticos MAURICIO LEMA Y CLARA MAGARIÑOS;

Nietos — Bisnietos — Tios — demás 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

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
SOUTO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
VILAS
NOMBRE / NOME
JOSE
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
20 05 1932
IDESP
AIE189864
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33204715Y

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTA COMBA
PROVINCIA(S) / PROVINCIA(S)
A CORUÑA
HOJA DE OFICIO
ANTONIO / CLARINDA
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA, SANTO DOMINGO CALZADA 4 PU6 I
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA(S) / PROVINCIA(S)
A CORUÑA
CUERPO / CORPO
15771L6D1

IDESPAIE189864633204715Y<<<<<<
3205208M9901018ESP<<<<<<<<<<<9
SOUTO<VILAS<<JOSE<<<<<<<<<<<<<

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
BLANCO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
DUBRA
NOMBRE / NOME
MARIA ASUNCION
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
09 11 1932
IDESP
AIE189228
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33213678E

LUGAR DE NACIMIENTO / LOCAL DE NACEMENTO
A BAÑA
PROVINCIA / PROVINCIA
A CORUÑA
NOMBRE DEL PADRE
MANUEL / MARIA
NOMBRE DE LA MADRE
C. STO DOMINGO CALZADA 4 P06 1
DOMICILIO / DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVINCIA
A CORUÑA
15771L6D1

IDESPAIE189228633213678E<<<<<<
3211094F9901018ESP<<<<<<<<<<<9
BLANCO<DUBRA<<MARIA<ASUNCION<<

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

# CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
# *CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN*

https://certificados.cgcom.es

H8KS4H4YKB

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

105455914

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
*CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. LAURA DÍAZ ARGÜESO
*D. / Dna.*

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
*en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* *, co número*

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
*e con exercicio profesional en*

Colegio actual / *Colexio actual*: 15

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 1513753

1ª colegiación / *1ª colexiación*

**CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de***

**Nombre del fallecido/a:** / ***Nome do falecido/a:*** JOSÉ

**1er Apellido del fallecido/a:** / ***1er Apelido do falecido/a:*** SOUTO

**2º Apellido del fallecido/a:** / ***2º Apelido do falecido/a:*** VILLAS

**Fecha de nacimiento** / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 20 — Mes / *Mes* 05 — Año / *Ano* 1932

**Sexo:** / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

**Documento de identidad:** / ***Documento de identidade:***

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33204715-Y
- [ ] 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* 06:50 — Día / *Día* 23 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 2024

**¿En qué municipio ocurrió la defunción?:** / ***¿En que concello ocorreu a defunción?:*** SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular / *Domicilio particular* [ ] — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [X] — 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 aproximado** / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

**I. Causa inmediata**[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) FALLO MULTIORGÁNICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

**Causas intermedias**[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) HEMORRAGIA DIGESTIVA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

**Causa inicial o fundamental**[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

**II. Otros procesos**[5] / ***Otros procesos***[5]

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

**¿Ha habido indicios de muerte violenta?** / ***Houbo indicios de morte violenta?*** — Sí / *Si* [ ] — No / *Non* [X]

**¿Se practicó autopsia clínica?** / ***Practicouse autopsia clínica?*** — Sí / *Si* [ ] — No / *Non* [X]

**¿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* [X] — Sí / *Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
*Continúa ao reverso*

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
*3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.*

**¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?***

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

**Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa*** _____

**Grupo/*Grupo*** I ☐ II ☐ III ☐

**¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración***

Sí/*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 23 de ABRIL de 2024
*En , a de de*

**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 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

**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 ↓ Horas 3 ☐ 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

*(c) Pielonefritis crónica* — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐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* — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐5

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

**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.

## *Instrucións básicas de Certificación:*

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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".*

***1 Intervalo de tempo aproximado***

*Anotar o tempo transcorrido 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 excluíntes, 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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

*I*

***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.*

*Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral* — *debido a* ↓ Horas 3 ☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

***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).*

*Exemplo: (b) Hipertensión arterial* — *debido a* ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

*(c) Pielonefrite crónica* — *debido a* ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.*

*Exemplo: (d) Adenoma prostático* — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

*II*

***5 Outros procesos:***

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

*Exemplo: Diabete* — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

***Outras 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.*

**Ley del Registro Civil**

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, ~~veinticuatro~~ horas desde el momento de la muerte.
doce

**Reglamento del Registro Civil**

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

**Lei do Registro Civil**

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, ~~vintecatro~~ horas desde o momento da morte.
doce

**Regulamento do Rexistro Civil**

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

# LICENCIA PARA DAR SEPULTURA
LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

**Habiéndose inscrito en el Registro Civil de** Santiago
**Téndose inscrito no Rexistro Civil de**
**la defunción de don** José Souto Lijó
**a defunción de don/a**
**ocurrida a las** 06:50
**ocorrida ás**
**horas del día** 23
**horas do día**
**de** abril **de** 2024
**de**
**según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa**
**segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa**
**del fallecimiento:** —
**do fallecemento**
**concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que**
**concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as**
**sean las** ~~**veinticuatro**~~ Doce **horas siguientes a la del fallecimiento.**
**vintecatro horas do fallecemento**
**Registro Civil de** Santiago
**Rexistro Civil de**

**A** 23 **de** abril
**O** **de**
**de** 2024
**de**

(El Juez)
(O xuíz)

REXISTRO CIVIL • SANTIAGO DE COMPOSTELA •