

OTROS CONCEPTOS

entre 18 rosas **PAGADO** • TV **SIN** 558
entre 24 rosas **PAGADO** primos • efectivo rec
entre 18 rosas **PAGADO** Familia **Coberto** Espasandio • efectivo rec

← PETICIÓN LEIDA Y ENTERRAR ARRIBA.

FALLECIDO: **MARIA DEL CARMEN DE LA TORRE PÉÑAS**
Fecha de fallecimiento: **6- ABRIL - 2024**
Domicilio: **H. CLÍNICO - SANTIAGO (SAR - SANTIAGO)**
Teléfonos: **69944368 (SANTIAGO)** E-mail: **639408750 (Juan)**

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Redondo C-1	Medida	Yate
Capilla ardiente	TORRAL	Sala Prep. SI	Libro SI
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUV	170
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO		105
LUNES 16º			365
Prensa	TORREO N°3 (DOMINGO)		
Radio	1 vez domingo		11157
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id. Recorrido Don José 1580 Colegista		43
Certificado médico	SI	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	SI	Personal	120/165
Ayunt.º: Sepultura	BOISACA 5283 - SEPULTURAS		177
Iglesia	CAPILLA COMPLETO		150
Incineración	Urna:		149
Presencias	☒ SI ☐ NO	Destino: Datos x email	120
Cantores	Coro BELA	Funeral: Don JOSÉ (SAR)	60
Flores	1 CORONA ROSAS ROSAS: TOS HIJOS E	HIJOS ROSAS	140
	1 CORONA ROSAS BUENAS: TOS HIJOS		140
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			34'10

SANTIAGO PÉÑAS SIXTO
6 / 2 / 2023.

SC: 177
69944368
639408750
4797396

FALLECIDO: Nombre MARIA DEL CARMEN DE LA TORRE RIVAS D.N.I. Nº 33197820 B
id. de los padres JOSÉ Y CELIA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 13 - MARZO - 1950
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio TRAVESÍA PONTE DO SAR, 12 - 1º - 15702 - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 17²⁵ horas del día 6 de ABRIL de 2024
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. SANTIAGO PENAS DE LA TORRE (Hijo) D.N.I. 33277309 N
domiciliado en c/ CASTIÑEIRIÑO, 60 - 2º - SANTIAGO

L SEÑOR
D/ña. MARIA DEL CARMEN DE LA TORRE RIVAS
(Viuda de Santiago Penas Sixto)
falleció en (Vecino de Puente de Sol - Stgo) en el día de 6/4/2024 a los 74 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos SANTIAGO Y JUAN PENAS DE LA TORRE

Hijos políticos CELIA PAZARO VIDAL Y MARIA DEL CARMEN PAZOS SEOANE

Padres _____

Abuelos NIETOS: JACOBO, CARLA, HUGO Y LUCAS;

Padres políticos _____

Hermanos JUAN (+), Y RAÚL DE LA TORRE RIVAS

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



IDESPBCN143026033197820B<<<<<
5003132F2610139ESP<<<<<<<<<6
DE<LA<TORRE<RIVAS<<MARIA<DEL<C

FALLECIDA



DOMICILIO/DOMICILIO
RUA. DO CASTIÑEIRIÑO 60 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

HUOIA DE / FILLOIA DE
SANTIAGO / MARIA CARMEN

IDESPCFI172528633277309N<<<<<
6907134M3306127ESP<<<<<<<<<5
PENAS<DE<LA<TORRE<<SANTIAGO<<<

SOLICITANTE (HIJO)



APPELLIDOS
TORRE
RIVAS
NOMBRES
RAUL

ESP

12 13 1963

NUM 604-767 VALARZ
BKL151842 18 07 2029

[Signature]

DNI 33254014Q

973760

DEMANDEUR

AVDA. SALOBRAR 20 B P01 C
JARAIZ DE LA VERA
CACERES

0611490
105874601

LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJOS DE
JOSE / CELIA

IDESP BKL131842533254014Q<<<<<<
6303127M2907181ESP<<<<<<<<<<4
TORRE<RIVAS<<RAUL<<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE - SEPULTURA

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

https://certificados.cgcom.es

HRNSMNWRQU

Id. electrónico/Id.e. electrónico

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105260759

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Joaquín Otero de Andrés

A Coruña

Santiago de Compostela

Colegio actual

Nº de colegiado/a

Colegio actual

Nº de colegiado/a

151513512

1ª colegiación

1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA DEL CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

DE LA TORRE

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

RIVAS

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33197820-B

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

de identidad:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

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?

Santiago de Compostela

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro 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) FRACASO MULTIORGÁNICA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ISQUEMIA MESENERGICA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 laboral No/Non

Fecha del mismo: Día

Mes

Año

Data do mesmo: Día

Mes

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/Existência de próteses

En Santiago, a 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotar 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 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 ☐ ☐

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 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 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.

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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.

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 transcurridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Reglamento 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 falecemento, 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 estender-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 Maria del Carmen de la Torre Rivas
a defunción de don/a
ocurrida a las diecisiete veinticuatro (17:25)
ocorrida ás

de abril horas del día veis
de 2024 horas do día

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 horas siguientes a la del fallecimiento.
vintecatro horas do fallecemento

Registro Civil de Santiago de Compostela
Rexistro Civil de

A 7 de abril
O de
de 2024
de



