OTROS CONCEPTOS

ENTRO 18 ROSAS BLANCAS: FAMILIA PENA MIDÓN. • PAGADO (EFECTIVO - RECEPCIÓN).

TRO COLGAR ROSAS ROJAS: TUS TÍOS MARUJA Y JOSÉ MANUEL • PAGADO S.566 TPV RECEPCIÓN.

NO COLGAR ROSAS BLANCAS: TUS PRIMOS • PAGADO

TRO 18 ROSAS BLANCAS: TAI AMIJADO LOIS • PAGADO

NERO (Var. 2) BI | Ri: PEPE CABADA E FAMILIA efectivo recep.

O 532 917

NERO (18R. BI): JUAN CABADA Y FAMILIA. PAGADO S.565 TPV

ROLA (50R Ri): COMPAÑEROS DE LA CARABELA TPV PAGADO S.561

ROLA (50R Ri): ESTACIÓN DE SERVICIO LA CARABELA TPV → FACTURA

NERO (24R BI): CARMEN FRANCOS Y FAMILIA (606027793)

NERO (Var. 2): COMPAÑEROS DE TU MUSER OBRADOIRO Y COLOCAR web

NERO (18R Ri): ASPAS UBAÑO ERE

ROLA (R. BI): PRIMOS VIGO TPV

SEPULTURA ENTERRADO
ALBINO LÓPEZ MALLÓN
GABRIEL LÓPEZ VIGO.

FALLECIDO: JOSÉ MANUEL LÓPEZ VIGO web

Fecha de fallecimiento: 8 - ABRIL - 2024.

Domicilio: ESQUIPA, 15 - LAVACOLLA - SANTIAGO

Teléfonos: 615.365.679 (CRISTINA) E-mail:

ST. 181 SC. 107 SANTA LUCÍA

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo: Redonda C-1 Medida: MATE	
Capilla ardiente: QUINTANA Sala Prep.: SI Libro: SI	
Gestión funeraria: SI ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado: ~~FAMILIA~~ TANATORIO	
MARTES 18:00 Prensa: (NO)	
Radio: ~~1~~ vez lunes	
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~: 300	
Ómnibus acompañamiento: NO	
Turismo: id. DON FABIO SALE AL TANATORIO	
Certificado médico: ~~SI~~ (OGI) Registro Civil: ~~SANTIAGO~~	
Carroza: SI Personal: SI	
Ayunt.º: Sepultura: ~~ROJO~~ - ENTIERRO URNA MIÉRCOLES DÍA 10 A LAS 11 DE LA MAÑANA.	
Iglesia: ~~SAN PELAYO DE SABUGUEIRA~~ - LAVACOLLA	
Incineración: ~~SI~~ (MARTES 19:30) Urna: ~~BÁSICA + 2 MINIURNAS~~	
Presencian: ☐ SI ☐ NO Destino: ~~COMPANERO~~	
Cantores: (FAMILIA) Funeral: ~~DON FABIO~~	110'00
Flores: ~~CORONA ROSAS ROJAS: TU MADRE~~ • " " BLANCAS: TUS HIJOS •	
~~ESQUELA EN LAVACOLLA~~	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre JOSÉ MANUEL LÓPEZ VIGO D.N.I. Nº 33289405X

id. de los padres ALBINO Y MARÍA

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 21 - MAYO - 1970

Profesión Estado DIVORCIADO Domicilio ESQUIRA, 15 - LAVACOLLA SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 7^14 horas del día 8 de ABRIL de 2024

Domicilio ESQUIRA, 15 - LAVACOLLA - SANTIAGO

Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. CRISTINA ALONSO TABOADA (PAREJA.) D.N.I. 44848176Q

domiciliado en LOUREDA, 4 - BOQUEIXÓN

~~L~~ SEÑOR

~~D/ña.~~ JOSÉ MANUEL LÓPEZ VIGO

(VECINO DE ESQUIRA - LAVACOLLA - SANTIAGO)

falleció en en el día de 8/4/2024 a los 53 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su ~~esposo/a~~ PAREJA: CRISTINA ALONSO TABOADA

Hijos LORENA Y GABRIEL LÓPEZ PICÓN Y CARLA LÓPEZ ALONSO

Hijos políticos —

Padres MADRE: MARÍA VIGO RODRÍGUEZ (VIUDA DE ALBINO LÓPEZ MALLÓN);

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

AHIJADOS,

Nietos — Bisnietos — Tios SI 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
ALONSO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
TABOADA
NOMBRE / NOME
CRISTINA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
27 02 1985
IDESP
ASL156628
VALIDEZ / VALIDEZ
06 05 2025

DNI NÚM.
448481176Q

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BOQUEIXON
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
SANTIAGO / MARIA MILAGROS
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. LOUREDA 4
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
BOQUEIXON
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPASL156628944848176Q<<<<<<
8502278F2505060ESP<<<<<<<<<<<0
ALONSO<TABOADA<<CRISTINA<<<<<<

ESPAÑA

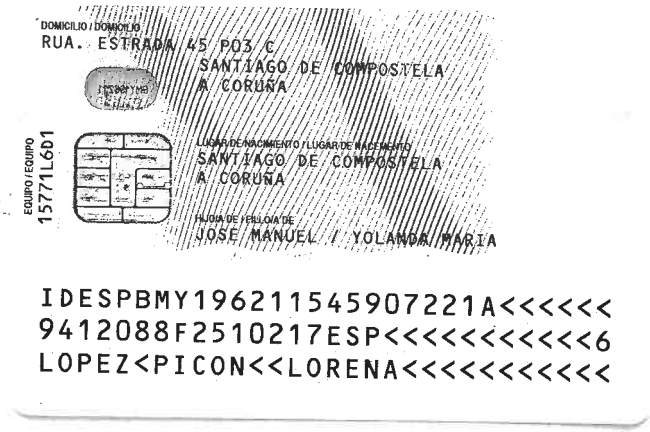
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
LOPEZ
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
VIGO
NOMBRE / NOME
JOSE MANUEL
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
21 05 1970
IDESP
ARR149456
VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
15 12 2024

DNI NÚM.
33289405X

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
ALBINO / MARIA
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. ESQUIPA LABACOLLA 15 PO1
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPARR149456533289405X<<<<<<
7005211M2412159ESP<<<<<<<<<<<7
LOPEZ<VIGO<<JOSE<MANUEL<<<<<<<



SOLICITANTE

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

6JI4YSXULW

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

105183016

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. CARLOS BECEIRO BECEIRO, MD
D. / Dna.

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

y con ejercicio profesional en SANTIAGO
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15062554

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** JOSE MANUEL

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 21 — Mes / *Mes*: 05 — Año / *Ano*: 1970

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón*: X — Mujer / *Muller*: ☐

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

- X D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número*: 33289405-X
- ☐ 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*: 07:14 — Día / *Día*: 08 — Mes / *Mes*: 04 — Año / *Ano*: 2024

Valido corrección

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

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

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

(a) SINDROME CORONARIO AGUDO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

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

Debido a / *Debido a*

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

Debido a / *Debido a*

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

(d) ISQUEMIA MIOCARDICA — 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*

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

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿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 8 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.

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.

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 MANUEL LÓPEZ VIGO
a defunción de don/a
ocurrida a las siete y catorce (7:14)
ocorrida ás
horas del día 8
horas do día
de ABRIL **de** 2024
de **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 horas siguientes a la del fallecimiento.
vintecatro horas do fallecemento

Registro Civil de SANTIAGO
Rexistro Civil de

A 8 **de** ABRIL
O **de**
de 2024
de

(El Juez)
(O xuíz)

JUZGADO DE INSTRUCCIÓN
SANTIAGO