

OTROS CONCEPTOS

1. **PAGADO** Hnos y hermanas 696050163 apt. beth.  
2. **PAGADO** Centro Mod. 2. 1988. De los señores de Dagon TPV.  
3. **PAGADO** Centro Mod. 2. 1988. De los señores de Dagon TPV.  
4. **PAGADO** Centro Mod. 2. 1988. De los señores de Dagon TPV.  
5. **PAGADO** Centro Mod. 2. 1988. De los señores de Dagon TPV.  
6. **PAGADO** Centro Mod. 2. 1988. De los señores de Dagon TPV.  
7. **PAGADO** Centro Mod. 2. 1988. De los señores de Dagon TPV.  
8. **PAGADO** Centro Mod. 2. 1988. De los señores de Dagon TPV.  
9. **PAGADO** Centro Mod. 2. 1988. De los señores de Dagon TPV.  
10. **PAGADO** Centro Mod. 2. 1988. De los señores de Dagon TPV.

FALLECIDO: MANUELA VALES HERRERO

Fecha de fallecimiento: 13 - JUNIO - 2024

Domicilio: H. CLÍNICO (COS ANXES - BION)

Teléfonos: 639317937 E-mail:

| CONCEPTOS                         |                                                                 | Servicio prestado |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|
| Arca modelo                       | Medida                                                          |                   |
| Capilla ardiente                  | Sala Prep. Si Libro Si                                          |                   |
| Gestión funeraria                 | Si <input type="checkbox"/> Tramitación UUV                     |                   |
| Carroza traslado                  | HOSPITAL - TANATORIO                                            |                   |
| Vienes                            | XORNEO N°3 (Vienes)                                             |                   |
| Radio                             | X vez jueves X vez viernes                                      |                   |
| Recordatorios-fúnebres / tarjetas | X                                                               |                   |
| Ómnibus acompañamiento            | NO                                                              |                   |
| Turismo                           | id. TAXI SACERDOTE →                                            |                   |
| Certificado médico                | Si <input checked="" type="checkbox"/> SANTIAGO                 |                   |
| Carroza                           | Si <input checked="" type="checkbox"/> Personal                 |                   |
| Ayunt.º: Sepultura                | (Z)                                                             |                   |
| Iglesia                           | SANTA MARIA DOS ANXES (Z)                                       |                   |
| Incineración                      | Urna: Campana 700                                               |                   |
| Presencia                         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Destino |                   |
| Cantores (Z)                      | 112                                                             |                   |
| Flóres                            | X CARONA ROSAS ROSAS: TO ESPOS. X 170 (SOTOS)                   |                   |
|                                   | X CARONA ROSAS BENICAS: TOS HITAS E HON PAIRIA.                 |                   |
|                                   | X CENTRO 24 ROSAS BENICAS: TUS NIETOS. (CENICIA CATA)           |                   |

☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

Literales 722

FALLECIDO: Nombre MANUELA VALES HERMO D.N.I. Nº 33240699H  
id. de los padres DEMETRIO Y VICTORIA  
Naturaleza BRIÓN Provincia A CORUÑA  
Día, mes y año de nacimiento 26. ENERO - 1958  
Profesión Estado CASADA Domicilio PERROS, 12 - OS ANXELES  
BRIÓN (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 715 horas del día 13 de JUNIO de 2024  
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO  
Cementerio SANTA MARIA DOS ANXELES Ayunt.º BRIÓN

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página  
DECLARANTE D. RAMÓN VIGO VALES ( HIJO ) D.N.I. 44821046A  
domiciliado en EL MISMO

L SEÑOR

D/ña.

falleció en en el día de a los años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios 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

ES

REINO DE ESPAÑA  
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33240699H

DNI 33240699H

APELLIDOS / APELLIDOS  
VALES  
HERMO

NOMBRE / NOME  
MANUELA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO  
F ESP 26 01 1956

EMISIÓN / EMISSION VALIDEZ / VALIDADEZ  
21 07 2021 21 07 2031

NUM. SORTEO  
CAE125956

569408

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO  
LGAR. PERROS OS ANXELES 19  
BRION  
A. CORUÑA

LUGAR DE ANCIENETO / LUGAR DE NACIMIENTO  
BRION  
A. CORUÑA

HECHO DE / HECHO DE  
DEMETRIO / VICTORIA

1 DESPCA E125956033240699H<<<<<<<  
5801268F3107210ESP<<<<<<<<<<<<<3  
VALES<HERMO<<MANUELA<<<<<<<<<<<<<









CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105594788

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ALDO FRANZ ROSARIO ORTIZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

con el número  
co número

Colegio actual  
Colegio actual

Nº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a

1511632

1ª colegiación  
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MANUELA

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

VALES

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

HERMO

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 26

Mes 01

Año 1958

Sexo:

Varón

Mujer

Documento  
de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

33240699-4

Documento  
de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

Documento  
de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos 07:15

Día 13

Mes 06

Año 2024

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

Santiago de Compostela

Domicilio particular  
Domicilio particular

Centro hospitalario  
Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria  
Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo  
Lugar de trabajo

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

I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b) ACIDOSIS METABOLICA

Debido a/Debido a

(c) HIPERPOTASEMIA

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) SHOCK HIPOVOLEMICO

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

¿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  
Accidente de tráfico

No/Non

Accidente laboral  
Accidente laboral

No/Non

Sí/Sí

Fecha del mismo:  
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/Existencia de prótesis

En Santiago, a 13 de junio 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 anota 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

- 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 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 transcorrido 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, 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 recomendaciones

- Empregar maiúsculas 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 VALES HERMO  
, con documento identificativo DNI, 33240699H según la certificación  
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 13 DE JUNIO DE 2024  
a las 07:15 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 14 de JUNIO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
14/06/2024 11:04

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:6aQm-57DK-eTtY-E7Xa

