

OTROS CONCEPTOS

SF-433  
ST-315  
SC-194

(web)

FALLECIDO: JOSE CASTRO RIVAS

Fecha de fallecimiento 20-6-2024

Domicilio Hospit. Abasco Lugo - VIGO - Pereg. Cant. aut. 13.1.18 SANTIAGO

Teléfonos: 669348458 Carlos 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                                                                                                                                  | VIGO - Santiago - <del>X</del> Aut. San Marcos →                |                   |
| Prensa                                                                                                                                            | <del>X</del> Carroza 12H                                        |                   |
| Radio                                                                                                                                             | <del>X</del> Aullentes                                          |                   |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas                                                                                                                 | NO                                                              |                   |
| Ómnibus acompañamiento                                                                                                                            | NO                                                              |                   |
| Turismo                                                                                                                                           | id. <del>X</del> (Aut.)                                         |                   |
| Certificado médico                                                                                                                                | <del>X</del> SI                                                 |                   |
| Registro Civil                                                                                                                                    | <del>X</del> VIGO                                               |                   |
| Carroza                                                                                                                                           | Personal                                                        |                   |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                                                                                | <del>X</del> ?                                                  |                   |
| Iglesia                                                                                                                                           | Capilla Complejo                                                |                   |
| Incineración                                                                                                                                      | SI - 20'30 Urna: Básica - (familia)                             |                   |
| Presencia                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Destino |                   |
| Cantores                                                                                                                                          | <del>X</del> PROVERA Funeral <del>X</del> Ricardo - SAR         |                   |
| Flowers                                                                                                                                           | <del>X</del> Carlos Calgar (R.B.) - tv familia -                |                   |
|                                                                                                                                                   | NO reciben flores                                               |                   |
| <input type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubrefúntos <input type="checkbox"/> Acondicionamiento <input type="checkbox"/> Rosario |                                                                 |                   |

FALLECIDO: Nombre JOSE CASTRO RIVAS D.N.I. Nº 33741167Y  
id. de los padres JOSE y JULIA  
Naturaleza CASTRO DE REI Provincia LVGO  
Día, mes y año de nacimiento 19-03-1939  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado soltero Domicilio Peregr Constante 13-1ºB  
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 07:45 horas del día 20 de junio de 2024  
Domicilio Hospital Alvaro Cunqueiro - VIGO  
Cementerio BOISACA INCINERACION APOSTOL Ayunt.º Santiago

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_; Página \_\_\_\_\_

DECLARANTE D. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) D.N.I. \_\_\_\_\_

domiciliado en \_\_\_\_\_

L SEÑOR

D/ña. JOSE CASTRO RIVAS (Jubilado de Empresa Montaña - MONFRISA  
MONFRISA

falleció en \_\_\_\_\_ en el día de \_\_\_\_\_ a los 85 años

confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a \_\_\_\_\_

Hijos \_\_\_\_\_

Hijos políticos \_\_\_\_\_

Padres \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos \_\_\_\_\_

Hermanos : PURA, HERMINDA, FE y MANUEL CASTRO RIVAS

Hermanos políticos Mª JOSEFA TUBIO DOSIL

Nietos \_\_\_\_\_ Bisnietos \_\_\_\_\_ Tíos \_\_\_\_\_ Sobrinos si solamente político, bisabuelo Primos \_\_\_\_\_

y demás familia.- Conducción \_\_\_\_\_

Funerales \_\_\_\_\_

en la iglesia de \_\_\_\_\_

CASA MORTUORIA: PRATERIAS

(SI / NO) SE RECIBE DUELO \_\_\_\_\_

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





**ESPAÑA**  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

 

**APELLIDOS / APELIDOS**  
**FERNANDEZ**  
**CASTRO**

**NOMBRE / NOME**  
**CARLOS ANTONIO**

**SEXO / SEXO** **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**  
**M** **ESP**

**FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO**  
**09 07 1956**

**NUM DOPORT** **VALIDEZ / VALIDEZ**  
**BGR162349** **18 04 / 2028**



**DNI** **33226715H** **732672**

IDESPGR162349133226715H<<<<<  
5607091M2804187ESP<<<<<<<<<<0  
FERNANDEZ<CASTRO<<CARLOS<ANTON

DECLARANTE (SOBRINO)



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

R91TE0KRLJ

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

MEDICO

PONTEVEDRA

Colegio de

105330033

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña.  
D. / Dna.

Cristina Pov Álvarez

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en  
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en  
y con ejercicio profesional en  
e con exercicio profesional en

A Conña  
vigo

, con el número  
, co número

Colegio actual  
Colegio actual

Nº de colegiada  
Nº de colegiada

15151275  
1ª colegiación  
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

JOSE

1º Apellido del fallecido/a:  
1er Apellido do falecido/a:

CASTRO

2º Apellido del fallecido/a:  
2º Apellido do falecido/a:

RIVAS

Fecha de nacimiento  
Data de nacemento

Día  
Día

Mes  
Mes

Año  
Año

Sexo:  
Sexo:

Varón  
Varón

Mujer  
Muller

Documento  
de identidad:  
Documento  
de identidade:

☒

D.N.I.  
D.N.I.

Número:  
Número:

33741167-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

07:45

Día  
Día

20

Mes  
Mes

06

Año  
Año

2021

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

Domicilio particular  
Domicilio particular

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  
Intervalo de tempo aproximado

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

(a)

AGUDIZACIÓN DE EPOC

17

Horas  
Horas

Días  
Días

Meses  
Meses

Año  
Año

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

Debido a/Debido a

(b)

Horas  
Horas

Días  
Días

Meses  
Meses

Año  
Año

Debido a/Debido a

(c)

ESTENOSIS AÓRTICA

Horas  
Horas

Días  
Días

Meses  
Meses

Año  
Año

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

Debido a/Debido a

(d)

EPOC GRAVE

Horas  
Horas

Días  
Días

Meses  
Meses

Año  
Año

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

ESTENOSIS AÓRTICA

Horas  
Horas

Días  
Días

Meses  
Meses

Año  
Año

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Si/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia cl

Si/Si

No/Non

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta c

Accidente de tráfico  
Accidente de tráfico

No/Non  
Si/Si

Accidente laboral  
Accidente laboral

No/Non  
Si/Si

Fecha del mismo:  
Data do mesmo:

Día  
Día

Mes  
Mes

Año  
Año

Continúa al revers  
Continúa ao revers

CLASE 3ª SERIE A  
CLASE 3ª SERIE A

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

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo ☐ ☐ ☐ ☐

¿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 vigo, a 20 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 periodo 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas 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

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

#### 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 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 imediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, e nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras "debido a" que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica** importante para a selección da Causa Básica de Defunción.

**Causa básica de defunción:** "Enfermidade ou lesión que iniciou a cad acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, o 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) sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dicir, hai que expresar período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher un proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado (o importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

#### 2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, sen enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

#### 3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa aí 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefríte crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

#### 4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunção. En caso accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

#### 5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

#### Otras 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 licenza para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

## Regulamento do Rexistro Civil

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

A licenza 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 licenza 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

Téndose inscrito no Rexistro Civil de

la defunción de don

a defunción de don/a

ocurrida a las

ocurrida ás

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 falecemento

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 falecemento

Registro Civil de

Rexistro Civil de

A  
O

de  
de

20 JUN 2024

de  
de



(El Juez)  
(O xuíz)

*[Handwritten signature]*

