

OTROS CONCEPTOS

5558 2080 0247 1030 0004 6555

FALLECIDO: **MANUEL VIQUEIRA CALVO**

Fecha de fallecimiento

23- Junio-2024

Domicilio **H-Clivio - Monumento 48- Calo-Teo**

Teléfonos: **619 067270 ppe (Hno)** E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'90	710
Capilla ardiente	Calo 2	Sala Prep. ☒ si ☐ no	
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado	si	H-Clivio - Calo	
Prensa	No		
Radio	si	Ver hoy, mañana	114'57
Recordatorios funéreas / tarjetas	si		114'57
Ómnibus acompañamiento	No		24'10
Turismo	id.	Recepción en Iglesia Calo	
Certificado médico	si	Registro Civil: Stop	
Carroza		Personal	
Ayunt.º: Sepultura	si		130
Iglesia			
Incineración		Urna: si	60
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	si	Funeral: si	140 (20780)
Flores	si	Corona: Tu hijo por Manuel	140
		Corona: Tus hermanos y familia	140
		si	

☐ Sudario ☐ Cubrefuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Manuel Viqueira Calvo D.N.I. Nº 33189051-M
id. de los padres Manuel y Hermosinda
Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 3- Agosto- 1947
Profesión _____ Estado Viudo Domicilio Mouromento, 48- Calo
15866- Teo
Fecha: 10⁰⁵ horas del día 23 de junio de 2024
Fallecimiento: Domicilio H- Clínico
Cementerio San Juan de Calo Ayunt.º Teo

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. José Ismael Viqueira Calvo (Nro) D.N.I. 33215482-P
domiciliado en Rúa Alejandro Nave Sraizán, 4- 1.ª A

L SEÑOR
D/ña. Manuel Viqueira Calvo (vda Mercedes Salgado Ribadulla)

falleció en C/Vecino de Mouromento- Calo- Teo en el día de hoy a los 76 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a L. Manuel y Begoña
Hijos L. Manuel Viqueira Salgado

Hijos políticos no

Padres Luisa, Gonzalo, Jesús y L. Viqueira Calvo

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

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

(Nro)

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIDOS
VIQUEIRA
CÁLVO

NOMBRE / NOME
MANUEL

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
03 08 1947

NÚM-SOPORT **VALIDEZ / VALIDEZ**
BDV188934 21 04' 2027

218447

Manuel Viqueira

DN# 33189051M **506176**

							
REINO DE ESPAÑA							
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD							
33215482D		DNI 33215482D		GPT			
APELLIDOS / APELLIDOS							
VIQUEIRA							
CALVO							
NOMBRE / NOME							
JOSÉ ISMAEL							
SEXO / SEXO		NACIONALIDAD / NACIONALIDADE		NACIMIENTO / NACIMENTO			
M		ESP		10 05 1956			
EMISIÓN / EMISSÃO		VALIDEZ / VALIDEZ					
24 03 2022		24 03 2032					
NÚM. REPORTE							
CBX122568							
				103680			
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE							



https://certificados.cgcom.es

ZACTLA7JWY

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

104937570

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MAKA JELP DOURNIEZ SANTIAGO
 D. / Dña. LA CORONA
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA CORONA, con el número
 en Medicina e Cirugía, colexiado/a en H-COINCO DE SANTIAGO, co número
 y con ejercicio profesional en SANTIAGO
 e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
151508298
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MANUEL
 Nome do falecido/a: MANUEL
 1º Apellido del fallecido/a: VIQUEIRA
 1er Apellido do falecido/a: VIQUEIRA
 2º Apellido del fallecido/a: CALVO
 2º Apellido do falecido/a: CALVO

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 03 Mes 08 Año 1947
 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
 Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33489051-M
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 40:05 Día 28 Mes 06 Año 2024
 Hora : minutos 40:05 Día 28 Mes 06 Año 2024

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

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
 Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ 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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
 (a) PARADA CARDIO-RESPIRATORIA
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
AGUDIZADA
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) ANEMIA NORMATICA
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SEPSIS DE FOCO ABDOMINAL
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

¿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 No/Non ☐ Accidente laboral No/Non ☐
 Accidente de tráfico Sí/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
 Data do mesmo: Día Mes Ano

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 próteses

En 15/11/2010, a 22 de Junio de 2014

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 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 **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 ☐ ☐ 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, 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. 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

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: Diabetes

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MANUEL VIQUEIRA CALVO, con documento identificativo DNI 33189051M, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 23 de junio de 2024, a las 10:05 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 24 de junio de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
24/06/2024 10:27

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:BwDC-gSuf-zThN-RPBF

