

OTROS CONCEPTOS

ST: 292
SC: 140

FALLECIDO: Carmen Castro Troiteiro

Fecha de fallecimiento 5- Junio - 2024

Domicilio And. Villagarcía 29- 40C

Teléfonos: 630166118 (H del Mar) E-mail: marcastro@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	
Capilla ardiente	Sala Prep.	
Gestión funeraria	Tramitación UUV	
Carroza traslado		
Prensa		
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id.	
Certificado médico	Registro Civil:	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	Urna:	
Incineración	Destino	
Presencia	Funeral:	
Cantores		
Flores		
NO ADMITEN FLOR.		
Sudario	Cubrefúntos	Accondicionamiento
		Rosario

FALLECIDO: Nombre Carmen Castro Troiteiro D.N.I. Nº 3313 6543Y
id. de los padres Jose y Carmen
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento _____
Profesión _____ Estado Carada Domicilio Arnd Villagarcia 29-40c

Fallecimiento: Fecha: 13:00 horas del día 5 de 13 de Junio de 20 24
Domicilio Arnd Villagarcia 29-40c (Santiago)
Cementerio Cematorio Boisaca (Apostol) Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ña. Carmen Castro Troiteiro LA SEÑORA no
(Vecino de Santiago) " Carmucha "
falleció en _____ en el día de _____ a los 84 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Juan Jesus Figueiras Pereiro (Chuchau)

Hijos Juan Jose y Maria del Mar Figueiras Castro

Hijos políticos Soledad Marques y Pablo Gonzalez

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Victoria, Pepe, Conchita, Manolo y Rosita Castro Troiteiro

Hermanos políticos Si

Christel y Tomas Figueiras; Daniel Gonzalez
niel. pol: Mathieu Ferreira

Nietos _____ Bisnietos — Tios _____ 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 SE ADMITE FLOR

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
CASTRO
TROIETEIRO
NOMBRE / NOME
CARMEN
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
02 05 1935
NUM. BOFOT VALIDEZ / VALIDEZ
BHA181021 01 01 9999

230379

Carmen Castro

216064

DNI 33136543Y

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. DE VILAGARCIA 29 P04 C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



15771L6D1



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

HUJIA DE / FILLOIA DE
JOSE / CARMEN

IDESPBHA181021733136543Y<<<<<<<
3505023F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<4
CASTRO<TROIETEIRO<<CARMEN<<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
FIGUEIRAS
PEREIRO
NOMBRE / NOME
JUAN JESUS
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
06 01 1939
NUM. BOFOT VALIDEZ / VALIDEZ
BHA181018 01 01 9999

260518

Juan Jesus Pereiro

191488

DNI 33124970W

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. DE VILAGARCIA 29 P04 C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



15771L6D1



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

HUJIA DE / FILLOIA DE
RICARDO / CONCEPCION

IDESPBHA181018133124970W<<<<<<<
3901061M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<5
FIGUEIRAS<PEREIRO<<JUAN<JESUS<



https://certificados.cgcom.es

WOJ2I2CFUO

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

105196233

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. José Fernández Benito, licenciado
 D. / Dña. La Coruña, con el número
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago de Compostela
 en Medicina e Cirugía, colexiado/a en
 y con ejercicio profesional en
 e con ejercicio profesional en

Colegio actual/
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

5447

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: CARMEU
 Nome do falecido/a:
 1º Apellido del fallecido/a: CASTRO
 1er Apellido do falecido/a:
 2º Apellido del fallecido/a: TROITEIRO
 2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 02 Mes 05 Año 1935 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
 Data de nacemento Día 02 Mes 05 Ano 1935 Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33136543-Y
 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. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 13:00 Día 05 Mes 06 Año 2024
 Hora e data da defunción Hora : minutos 13:00 Día 05 Mes 06 Ano 2024

¿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 ☐
 Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Outro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
 (a) INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA PARADA CARDIACA
 Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
 (b) VALVULOPATIA AORTICA ANASARCA
 Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA RENAL DEMENCIA
 Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
 (d) VALVULOPATIA AORTICA FRACASO VALVULAR
 Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
HTA-DLP
 Debido a/Debido a

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☐ Si/Si ☒ No/Non
 ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☐ Si/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 ☐ Si/Si
 Accidente de tráfico ☐ No/Non ☒ Si/Si
 Accidente laboral ☐ No/Non ☒ Si/Si
 Accidente laboral ☐ No/Non ☒ Si/Si

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 prótesis

En SANTIAGO, a 5 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 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 2 Horas Días Meses Años
(c) Pielonefritis crónica debido a 2 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 5 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 10 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**, 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 Horas Días Meses Años

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 2 Horas Días Meses Años
(c) Pielonefrite crónica debido a 2 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 que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático 10 Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete 5 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 licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro 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 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 CARMEN CASTRO TROITEIRO
a defunción de don/a
ocurrida a las 13:00
ocorrida ás

horas del día 05
horas do día
de JUNIO de 2024

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do fallecimiento
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 fallecimiento

Registro Civil de SANTIAGO
Rexistro Civil de

A 5 de JUNIO
O de
de 2024

(El Juez)
(O xuíz)



