

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Josefa Vázquez Vázquez WES
Fecha de fallecimiento 28 de Agosto de 2024
Domicilio Res. O Horeo - Raiola
Teléfonos: 629859732 (Ana Kari) E-mail: amvazquezvazquez@gmail.com

SF-591
ST-423
SC-272
Hoy
Ideas
3-810 E

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo <u>Ceo</u> Medida <u>1'90</u>	
Capilla ardiente <u>X Tourrel</u> Sala Prep. Libro <u>NO</u>	
Gestión funeraria <u>Si</u> ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado <u>Residencia - Complejo</u>	
<u>JUEVES 11:00</u> Prensa <u>Nº 2 - VOZ DE GALICIA E.G. (JUEVES)</u>	<u>569</u>
Radio <u>NO</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>	
Turismo id. <u>BOBINO</u> <u>RECoger CURA EN CASA 10:30h</u>	
Certificado médico <u>Si</u> Registro Civil: <u>Stgo</u>	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura	
Iglesia <u>X Capilla Complejo</u>	
Incineración <u>X Si</u> Urna: <u>BASICA - VERDE</u>	
Presencian ☒ SI ☐ NO Destino: <u>TRCEO - BOIMORTO</u>	
Cantores <u>NO</u> Funeral: <u>D. JUAN</u>	<u>60X(17388)</u>
<u>(Celi)</u> Flores <u>CORONA 40 ROSAS BLANCAS - TU HIJA, HIJA POLITICA Y NIETOS</u>	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

PANTEON: FAMILIA DURO VÁZQUEZ ??
" VÁZQUEZ SANDA ??

Nombre Josefa Vázquez Vázquez D.N.I. Nº 764982699
id. de los padres Alejandro y Maria
Naturaleza Beimarto Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 16/09/1952
Profesión Divorciada Estado Divorciada Domicilio Plaza Grafton 16n
Vasco nº 2, 1º A A Coruña

FALLECIDO:

Fecha: 02:36 horas del día 28 de Agosto de 2024
Domicilio Residencia Rialp - O Hameo Avda de Lugo 33-19
Cementerio Cematorio Apostol. Ayunt.º Stgo

Fallecimiento:

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. JOSEFA VÁZQUEZ VÁZQUEZ LA SEÑORA
(VECINA DE LA CORUÑA)
falleció en _____ en el día de 28/08/24 a los 71 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su-esposo/a-
Hijos ANA MARIA

Hijos políticos VICTOR

Padres NO
Abuelos NO
Padres políticos NO
Hermanos SI

Hermanos políticos NO

↳ BOSCO Y ALEJANDRA
Nietos _____ Bisnietos NO Tios NO Sobrinos SI Primos SI
y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____
en la iglesia de _____
CASA MORTUORIA: SALA TORDAL
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

NO



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



764982690

DNI 76498269Q

APPELLIDOS / APELLIDOS

VAZQUEZ

NUMERO / NOME

JÖSEFA

F SEX / SEX

π

01 06 2022 01 06 2032

01 06 2022 01 06 2032

NUM. SOSTORTE

CCJ162336

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMINGO / DOMINGO
PLZA. ESCULTOR MON VASCO 2 P01 A
A GORIÑA

A CORUÑA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
BOIMOTOBOIMORTO
A CORUÑA

FIJADA DE FILLOA DE
ALEJANDRO / MARIA

FIJADA DE FILLOA DE
ALEJANDRO / MARIA

EQUIPO / EQUIPO
15381E6D1

IDESPCCJ1623362764982690<<<<<<<<
5209163F3206010ESP<<<<<<<<<<1
VAZQUEZ<VAZQUEZ<<JOSEFA<<<<<<<<



APPELLIDOS / COGNOMS

APPELLIDOS / COGNOMS

VAZQUEZ
VAZQUEZ

NOMBRE / NOM
ANNA MARIA

SEXO / SEXO: F
NACIONAL: ESP

EMISSION / EMISSÃO
15 07 2024

NUM SOPORTE
CT11196497

21

111120

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENT NATIONAL D'IDENTITAT

3

3

A CORUÑA
A CORUÑAA CORUÑA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILHA DE -
JESUS / JOSEFA -

IDESPCIL196497146911907A<<<<<<<
7608287F3407150ESP<<<<<<<<<<3
VAZQUEZ<VAZQUEZ<<ANA<MARIA<<<<

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



D./Dña. GERALDO BATISTA FLEITEIRO ACORUÑA

D./Dña. _____

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en _____, con el número _____

en Medicina e Cirugía, colegiado/a en _____, con el número _____

y con ejercicio profesional en _____

147160

Colégio actual
Colegio actual

1 3 1 5 8 2 2 1 0

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: <i>Nome do falecido/a:</i>	1º Apellido del fallecido/a: <i>1º Apellido do falecido/a:</i>	2º Apellido del fallecido/a: <i>2º Apellido do falecido/a:</i>
J D S E F A	V A R R O E R	V A L R U E R

Fecha de nacimiento	Día	1	6	Mes	0	9	Año	1	9	5	2	Sexo:	Varón	☐	Mujer	☒
Data de nascimento	Dia	1	6	Mes	0	9	Ano	1	9	5	2	Sexo:	Varón	☐	Muller	☒

Documento de identidad: Documento de identidad:	D.N.I.	Número:	D.N.I.	Número:
☒	D.N.I.	Número:	7	6
☐	Pasaporte	Número:	4	9
☐	Pasaporte	Número:	8	2
☐	N.I.E. (Tarjeta de Residencia)	Número:	6	9
☐	N.I.E. (Tarjeta de Residencia)	Número:	—	—

Hora y fecha de la defunción	Hora : minutos	Día	Mes <i>(Mes)</i>	Año
Hora e data da defunción	07:36	28	08	2024

¿En qué municipio ocorreu a defunción?: /En que concello ocorreu a defunción?:

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / **Causas de defunción** (consultar instrucciones na paxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado

1. Causa immediata² / Causa immediata²

(B)

E	N	S	V	F	I	C	E	V	C	E	A		N	E	S	P	E	L	A	T	D	I	A	C	A		A	6	U	
D	A																													

Horas	Días	Meses	Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

[illegible][illegible][illegible][illegible]

	Horas	Días	Meses	Años
Otros procesos ⁵ / Outros processos ⁵				

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indicios de morte violenta?	¿Se practicó autopsia clínica?/Praticouse 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 Accidente de tráfico Si/Sí ☒ No/Non ☐		Accidente laboral Accidente laboral Si/Sí ☐ No/Non ☒		Fecha del mismo: Día Data do mesmo: Día		Mes Mes		Año Año	
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Fecha del mismo: Día Mes Año

¿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 PARTELA, a 23 de AGOSTO 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 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 ☐ 4 | 5 ☐ 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 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 0 ☐ 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 ☐ 0 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 2 ☐ Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ 0 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 2 ☐ 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

☐ 0 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 5 ☐ 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

☐ 0 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 1 ☐ 0 ☐ 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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cumprimento 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐ Horas ☐ 4 | 5 ☐ 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 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 0 ☐ 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 ☐ 0 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 2 ☐ Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ 0 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 2 ☐ 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

☐ 0 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 1 ☐ 0 ☐ 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

☐ 0 ☐ Horas ☐ 0 ☐ Días ☐ 0 ☐ Meses ☐ 5 ☐ 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, sepárase 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.

02

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

12 hours

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago
Tendose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don Josefa Victoria Valquez
a defunción de don a 22:36
ocurrida ás horas del día 28

28
horas del día
de agosto de 2024

do falecimento.

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas a
sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento. 12 hours

Registro Civil de
Rexistro Civil de

12

A 28 de agosto de 2024

(El juez)
(O xuíz.)



Justificado o falemento, a tificencia 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.

15