

OTROS CONCEPTOS

25-2024
SI-416
X-265

FALLECIDO: ANA MARIA VALOIS CALVO
Fecha de fallecimiento 22 DE AGOSTO DE 2024
Domicilio H. BARBANZA - BILBAO - BIZKAIA
Teléfonos: 676723298 No José (Hija pol/Mc2) E-mail:

CONCEPTOS 600512414 J. Ant.		Servicio prestado
Arca modelo <u>0</u>	Medida	
Capilla ardiente <u>X CÁMARA</u>	Sala Prep. <u>SI</u> Libro <u>?</u>	
Gestión funeraria <u>SI</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>RIBEIRA-SANTIAGO</u>		
<u>VIERNES</u>	<u>205⁰⁰</u>	
Prensa		
<u>16:00</u>	Radio <u>NO</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento	<u>NO</u>	
Turismo id.	<u>—</u>	
Certificado médico <u>X SI</u>	Registro Civil <u>RIBEIRA</u> <u>3⁰⁰</u> (Los Bores)	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura <u>BIZKAIA - Sep N°-95321 : 10:00 h. Sábado (Hueco)</u>		
Iglesia <u>SAN JUAN APOSTOL (Sábado 24 + 12 Horas)</u>		
Incineración <u>SI VIERNES</u>	Urna: <u>BASICA GRUPO + 2 MINI</u> <u>SABE PEPE</u>	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores <u>SI AULSA D. VICTOR</u>	Funerar: <u>DON VICTOR</u> <u>140-</u>	
	<u>FUNERAL SABADO DIA 24 A LAS 12:00H.</u>	
Flores		
	<u>SE ENCARGA FAMILIA (EN LA IGLESIA)</u> <u>(Dejar pulseras puestas y poner sobres en (bolsa))</u> <u>VIAJADORAJIR</u>	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

25-2024
25-416
X-265

Familia Valois Calvo
Fenio José Valois Hernandez 28/10/2004
Fenio Magdalena Calvo Albano 11/09/2008

ESQUELAVOVAL (Familia)
ENTREGAR DNI
FAMILIA

FALLECIDO: Nombre ANA MARIA VALOIS CALVO D.N.I. Nº 33232629-K
id. de los padres ANTONIO Y MARIA MAGDALENA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 15 DE NOVIEMBRE DE 1959
Profesión Estado DIVORCIADA Domicilio LABAYRU, 31-4ª IZDA. - BILBAO - BIZKAIA
Fecha: 19:30 horas del día 22 de AGOSTO de 2024
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL DO BARBANZA
LUGAR SALMOU, S/N - RIBEIRA (A CORUÑA)
Cementerio CREMATARIO COMPLETO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre —

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. JUAN FRANCISCO VIÑA VALOIS (HIJO) D.N.I. 44844099-X
domiciliado en LABAYRU, 31-4ª IZDA. - BILBAO (BIZKAIA)

L SEÑOR
D/ña. ANA MARIA VALOIS CALVO
(VECINA DE VISTA ALEGRE - SANTIAGO)

falleció en en el día de 22/8/2024 a los 64 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a —

Hijos PANCHITO Y ROBER

Hijos políticos SI CUKI E IRI

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos SI

Hermanos políticos SI

Nietos XABI, MAREN Y ANE Bisnetos Tíos Sobrinos SI Primos

y demás familia.- Conducción INCINERACIÓN INTIMIDAD FAMILIAR
Funerales SABADO DIA 24 A LAS 12:00 H
en la iglesia de SAN JUAN APOSTOL
CASA MORTUORIA: SIN VELACIÓN - (CAHARA)
(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
VALOIS CALVO
NOMBRE / NOME
ANA MARIA
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
15 11 1959
NÚM. BOGORT
BFJ163552 VALIDEZ / VALIDEZ
27 10 2027

DNI **33232629K** **204352**

DOMICILIO / DOMICILIO
C. VISTA ALEGRE 80 P02 DR
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

HUJOA DE / FILLOA DE
ANTONIO / MARIA MAGDALENA

IDESPBFJ163552133232629K<<<<<<<
5911158F2710279ESP<<<<<<<<<<<<4
VALOIS<CALVO<<ANA<MARIA<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
VINA VALOIS
NOMBRE / NOME
JUAN FRANCISCO
SEXO / SEXO
N NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
27 07 1985
NÚM. BOGORT
BCP136335 VALIDEZ / VALIDEZ
27 10 2026

DNI **44844099X** **884864**

DOMICILIO / DOMICILIO
LABAYRU 31 P04 1Z
BILBAO
BIZKAIA

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

HUJOA DE / QUERABON
FRANCISCO JOSE / ANA MARIA

IDESPBCP136335544844099X<<<<<<<
8507273M2610276ESP<<<<<<<<<<<<3
VINA<VALOIS<<JUAN<FRANCISCO<<<

SOLICITANTE (Hijo)



https://certificados.cgcom.es

ZBPNKMHL2N

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105286814

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

CARMEN PRADO NORADA

A CORUÑA

RIBEIRA

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

152877400

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

ANA MARIA

VALCIS

CALVO

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 15

Día 15

Mes 11

Mes 11

Año 1959

Año 1959

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:
Número:

33232629-K

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:
Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

19:30

19:30

Día 22

Día 22

Mes 08

Mes 08

Año 2024

Año 2024

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

RIBEIRA

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro 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 inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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
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 reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Si ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En RIBEIRA, a 22 de AGOSTO de 2021
En _____, a _____ de _____ de _____

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

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 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 dizer, 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 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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.



Nº expediente:

Materia y procedimiento: Expediente inscripción defunción

Oficina tramitadora: OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE RIBEIRA (A
CORUÑA)

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO

D/Dª DORINDA BOCIJA PREGO, ENCARGADA DE LA OFICINA GENERAL DEL REGISTRO
CIVIL DE RIBEIRA

En RIBEIRA a 23 AGO. 2024.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª NOMBRE: ANA MARIA PRIMER
APELLIDO: VALOIS SEGUNDO APELLIDO: CALVO que
se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº 33232629K con último domicilio
conocido en C/LABAYRU, 31, 4º 1ºQ. LOCALIDAD: BILBAO,
PROVINCIA: VIZCAYA según la certificación facultativa presentada, que constata la
fecha de la muerte el día 22/08/2024 a las 19:30 horas, acaecida en LUGAR:
HOSPITAL DA BARBONZA. RIBEIRA

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar SEPULTURA-INCINERAR el cadáver de la persona
reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



