

154594

Fecha de fallecimiento 29-8-2024

Teléfonos: 609185057 (AA-WA) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	G-1	Medida 1'80	
Capilla ardiente	X Complejo Quintrana	Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	X H-CONJO - COMPLEJO		
VENUES. 30 Prensa	X CORREO 2 - VIERNES		
Radio	X ROJAR 1 VEZ VIERNES		
Recordatorios fúnebres	X Manitas 100		
Ómnibus acompañamiento	No		
Turismo	id. Cura Sal al Complejo		
Certificado médico	X Si	Registro Civil: X CAMARERO	
Carroza	X Si (2)	Personal Si	
Ayunt.º: Sepultura	Monzo (TRAGO) (FAMILIA)		
Iglesia	X Complejo Apostol		
Incineración	—	Urna: CAMARERO (FAMILIA)	90'00
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	X CARO BELA	Funerar: X D. Manuel - Portante (NO OBRA)	
Flores	CORONA 40 R/B: TEUS PAIS		
	CORONA 40 R/B: JUAN ESTOPO		
	CENTRO c/c: MAN ALMA (CORAZON)		
	X 2 Trifas PIRG		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre VANESA GONZALEZ IGLESIAS D.N.I. Nº 45.832.516 Y
id. de los padres JOSE / MARIA
Naturaleza TRAEO Provincia 1 CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 15 de Junio de 1990
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio Rua Federico
Montseny, 16, Por, 1, Santiago de Comp (1 Coruña)

Fallecimiento: Fecha: 16:48 horas del día 29 de Agosto de 2021
Domicilio H. Conxo
Cementerio SAN MARTINO DE MONTEO (TRAEO) Ayunt.º TRAEO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

L SEÑOR

~~Dña.~~ VANESA GONZALEZ IGLESIAS

falleció en SANTIAGO DE COMPOSTELA en el día de 29-Agosto a los 34 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a FRANCISCO JAVIER ALVAREZ RODRIGUEZ

Hijos ALMA ALVAREZ GONZALEZ

~~Hijos políticos~~ _____

Padres JOSÉ GONZALEZ DEUS E MARIA IGLESIAS NOYA

Abuelos EUGENIO IGLESIAS GONZALEZ, VICTORIA GONZALEZ DEUS,

Padres políticos ROSA MARIA RODRIGUEZ CALVO E VENTURA ALVAREZ GONZALEZ (+)

Hermanos SONIA GONZALEZ IGLESIAS

Hermanos políticos ROBERTO PEREIRO MUÑO

~~Nietos~~ _____ ~~Bisnietos~~ _____ Tíos _____ Sobrinos ANXO C. MARIN Primos _____

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 PESAME

* EN CASO DE QUERER MANDAR FLORES, PRECISE SE HACER UN DONATIVO A ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA CONTRA O CANCRO

ES **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

45872516M DNI 45872516M

APellidos / APELLIDOS
GONZALEZ IGLESIAS
Nombre / NOME
VANESA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP 15 06 1990

EMISIÓN / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
22 08 2022 22 08 2032

NUM SOPORTE
CDA114482

523712

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. FEDERICA MONTSENY 16 P.O2 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
TRAZO
A CORUÑA

HUJIA DE / FELLOA DE
JOSE / MARIA

15771L6D1

IDESPCDA114482145872516M<<<<<<<
9006153F3208221ESP<<<<<<<<<<<<8
GONZALEZ<IGLESIAS<<VANESA<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

APellidos / APELLIDOS
ALVAREZ RODRIGUEZ
Nombre / NOME
FRANCISCO JAVIER

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP 24 01 1985

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
24 01 1985

NUM SOPORTE VALIDEZ / VALIDEZ
B00182793 30 01 2025

416704

DNI 44849059W

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. IGLESIA ENFESTA 8
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

HUJIA DE / FELLOA DE
VENTURA / ROSA MARIA

15771L6D1

IDESPB00182793544849059W<<<<<<<
8501248M2501305ESP<<<<<<<<<<<<1
ALVAREZ<RODRIGUEZ<<FRANCISCO<J

Solicitante ES POSO

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105510401

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE AD./Dña. PAULA CARAMAZANA LÓPEZ
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, con el número
en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en HOSPITAL CLÍNICO SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151514232

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: VANEISA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: GONZÁLEZ
1º Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: IGLESIA
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 06 Año 1990 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento: Día 15 Mes 06 Ano 1990 Sexo: Varón ☐ Muller ☒Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 45872516-M
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidade: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: -
Documento de identidade: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número: -Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 16:48 Día 29 Mes 08 Año 2024
Hora e data da defunción: Hora : minutos 16:48 Día 29 Mes 08 Ano 2024¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio 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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) FALLO MULTIORGÁNICO
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) OCLUSIÓN INTESTINAL
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

(c) ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) CARCINOMA GÁSTRICO ESTADIO IV
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

¿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 ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico SI/SI ☐ Accidente laboral SI/SI ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

Mod. CMD-BED-G

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

01

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

SI/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

SI/Si ☒ 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, 29 de AGOSTO 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 45 00 00
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 00 00 00 00
Horas 00 00 00 00 00
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 00 00 00 00 02
Horas 00 00 00 00 00
Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 00 02
Horas 00 00 00 00 00
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

00 00 00 00 05
Horas 00 00 00 00 00
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

00 00 00 00 10
Horas 00 00 00 00 00
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 com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa orde natural de arriba cara e 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 defunção: "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 é súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluintes, é decir, 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 45 00 00
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 00 00 00 00
Horas 00 00 00 00 00
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 00 00 00 00 02
Horas 00 00 00 00 00
Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 00 02
Horas 00 00 00 00 00
Días Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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

00 00 00 00 10
Horas 00 00 00 00 00
Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

00 00 00 00 10
Horas 00 00 00 00 00
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 ambigüedades.
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 VANESA GONZÁLEZ IGLESIAS
, con documento identificativo DNI, 45872516M según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 29 DE AGOSTO DE 2024
a las 16:48 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 30 DE AGOSTO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
30/08/2024 10:29

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:TgXr-aQRm-awRr-ev2a

