

OTROS CONCEPTOS

100: nietos Felix y ma
 100: nietos polifon
 into 24 R. Blancas - Binieta.
 into 18 Rosas Blancas "PAGADO Quintana" TPV
 into FV Mad 11 Blanca "PAGADO" 100 TPV
 into "PAGADO" 100 TPV
 into de Cagay Blanca "Manuela, Delina, Camila" TPV
 into 1309 familia Ca Rios "TPV"

into FV Mad 2 "Jose Berdellas Miramontes" ER.

into (PAGADO) TPV

ST-038
ST-108

FALLECIDO: Esmetas Peret Vilacoba

Fecha de fallecimiento 15-Septiembre-2024

Domicilio H Clinico 479

Teléfonos: 676 443280 - Ana (Mito) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	1,90
Capilla ardiente	Berta 2	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si		☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	X Hospital - Tanatorio		
Prensa	10		
Radio	X - Surmen		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X 100		
Ómnibus acompañamiento	20		
Turismo	id. Recoge en Iglesia		
Certificado médico	X Si	Registro Civil:	Santiago
Carroza	Personal		
Ayunt.º. Sepultura	Ames		
Iglesia	Santo Tomas de Ames		X Rojo
Incineración	Urna:		
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	X Ana	Funeral:	X 70 (80177)
Flóres	X Cora: Opaso		
	X Cora: Hija - Carmen - Blanco		
	X Cora: Hija - Juan, Manuel y Opasa		
	X Cora: Nieto Manuel, Ana y Carlos		

☒ Sudario ☐ Cubrefúnebre ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

Pesta
 Bala de cañón

FALLECIDO: Nombre Ermitas Perez Vilacola D.N.I. Nº 33041589-L
id. de los padres Manuel - Carmen
Naturaleza Amer Provincia Cauca
Día, mes y año de nacimiento 20-1-1934
Profesión _____ Estado Casada Domicilio Lugar Secares de Alto n° 18
Amer
Fecha: _____ horas del día 15 de Septiembre de 2024
Domicilio 1. Clínico
Fallecimiento: _____
Cementerio Santo Tomas de Amer Ayunt.º Amer

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Ermitas Perez Vilacola L. A SEÑOR A

falleció en Secares de Alto n° 18 - Amer en el día de 15-9-2024 a los 90 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Santiago Rios Gonzalez

Hijos uº del Carmen y Juan Manuel Rios Perez

Hijos políticos Manuel, Jeane Nieto (+) Maria Sol Gil Parques
Nieta: Angel, Ama y Carla Jeane Rios / Relia
y Ama Rios Gil

Padres _____

Abuelos Nieta politicos: STEFFI, Roberto, Larena, Broa y Juan

Padres políticos y

Hermanos Nieta: Solala, Bardo, Mayra, Juan, Lala

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia. - Conducción _____

Funerales Lunes 17:30

en la iglesia de Santo Tomas de Amer

CASA MORTUORIA: Apostol 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

20

DNI 33041589L

Ermitas Beras 675968

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
AMES
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / CARMEN

IDESPBEF114894533041589L<<<<<<
3401206F9901018ESP<<<<<<<<<0
PEREZ<VILACOBAS<ERMITAS<<<<<<<

DNI44807564E

Lugecan 507392

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

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

HUJOA DE / FELLOA DE
MANUEL / MARIA CARMEN

```
IDESPBOJ172860244807564E<<<<<<
7702211F3104138ESP<<<<<<<<<<4
SEOANE<RIOS<<ANA<<<<<<<<<<<<<
```




D./Dña. MARÍA CARRERAS CUBA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

con el número
co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151513779

1ª colegiación
colegiación

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

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:

2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 20

Mes 04

Año 1934

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Müller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

Número:

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

Número:

Documento
de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

15:30

Día 15

Día

Mes 09

Mes

Año 2024

Año

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

Santiago de Compostela

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo
Lugar de trabajo

Otro lugar
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 aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c) HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ESPONTÁNEA

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) EDEMA AGUDO DE PULMON

II. Otros procesos / Outros procesos

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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
Sí/Si

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non
Sí/Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermedade 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 15 de Septiembre de 2024
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 ☐ ☐ 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 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: "Enfermedade 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 excluyentes, 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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) Enfermedade 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

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 ERMITAS PÉREZ VILACOBÁ
, con documento identificativo DNI, 33041589L según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 15 DE SEPTIEMBRE DE 2024
a las 15:30 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 16 DE SEPTIEMBRE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
16/09/2024 10:12

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:\$gUc-mAUN-h&v8-5RBt

