

OTROS CONCEPTOS

Centro 18 **PAGADO** Gómez Castro elect. recep.
Centro 24 **PAGADO** 1368 con Daniel Pinos TRV
Centro 24 **PAGADO** 1368 con Daniel Pinos TRV
Centro 24 **PAGADO** 1368 con Daniel Pinos TRV
Centro 24 **PAGADO** 1368 con Daniel Pinos TRV

563 2050 0333 3330 40006357

TEÓN: RAFAEL BOO Y ESPOSA
3er HUECO GRANDE (ENCIMA RAFAEL BOO)
Nos Vellos - Pouca A DIANTE DA PORTA PEQUENA

FALLECIDO: AMPARO BOTANA Rico
Fecha de fallecimiento 30 - SEPTIEMBRE - 2024
Domicilio H. PROVINCIAL # CALZADA DE S. PEDRO N.º 10-2
Teléfonos: 679677567 - José E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	PADOVA	Medida	1.236
Capilla ardiente	PRATERIAS	Sala Prep. Libro	SI
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	H. PROVINCIAL - COMPLETO		
Prensa	VOZ DE GALILEIA HOJ. 2. ED. SANTIAGO		
Radio	NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id.		
Certificado médico	SI	Registro Civil	SANTIAGO
Carroza		Personal	
Ayunt.º: Sepultura	ROJO		
Iglesia	STA. MARIA DE GONZAR		
Incineración	NO	Urna: Kampas	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores		Funeral: D. José	120 / 82131
Flores	1 CORONA 50 ROSAS BLANCAS - Tus Hijas e Hija Política		
	1 CENTRO 18 ROSAS BLANCAS E.C. Tus Nietos Pablo y RAFA.		
	1 CORONA 40 ROSAS ROSAS - Tu Hermana Política y sobrinos.		
	2 TACS. PARDILLAS		
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre AMPARO BOTANA RICO D.N.I. Nº 32219437-X
id. de los padres JUAN Y JOSEFA
Naturaleza TRADES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 7-ABRIL-1930
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio CALZADA DE SAN PEDRO
Nº10-2º-SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 11:55 horas del día 30 de SEPTIEMBRE de 2024
Domicilio H. PONXO-SANTIAGO
Cementerio STA. MARIA DE GONZAR Ayunt.º O PINO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. LA SEÑORA AMPARO BOTANA RICO

falleció en CALZADA DE SAN PEDRO-SANTIAGO en el día de 30/09/2024 a los 94 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a VDA. RAFAEL BOO MAROÑO

Hijos MANUEL Y JOSE BOO BOTANA

Hijos políticos RESUSA IGLESIAS RAMOS

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos NO

Hermanos políticos AURORA PONTE

PABLO Y RAFA BOO IGLESIAS

Nietos NO Bisnietos NO Tíos NO Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de STA. MARIA DE GONZAR.

CASA MORTUORIA: SALA PRATERIAS

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

NO

España

NOMBRE
AMPARO
PRIMER APELLIDO
BOTANA
SEGUNDO APELLIDO
RICO

32219437-W

A. Botana

EXPED. 03-04-2001 VAL. PERMANENTE
IDESP

32219437-W

 **Ministerio del Interior**

FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO
CZDA. SAN PEDRO 10 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EUROPEAN
CREDIT CARD

EUROPEAN
CREDIT CARD

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
O PIND
A CORUÑA

FECHA DE EMISIÓN DE
RAFAEL / AMPARO

IDESPBOA120793133285438E<<<<<<<
6909220M3103153ESP<<<<<<<<<<<<<4
B00<BOTANA<<JOSE<<<<<<<<<<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de

A CORUÑA

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105587415

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enCarmen Parra Revendeder - Manja
de la Cruz
Santiago de CompostelaColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

150831600

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

AMPARO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

BOTANA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

RICO

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:Documento
de identidade:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)D.N.I.
D.N.I.Pasaporte
Pasaporte

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

32219437-UX

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora: minutos

Hora: minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Mes

Mes

Año

Año

Año

Año

Año

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 traballo

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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PANE CARDIO RESPIRATORIO

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) BRENTA ASPIRACION

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

(c)

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ISQUEMIA INTESINAL

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

FIRNIZACION AURICULAR

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

¿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

Día

Mes

Mes

Año

Año

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, a 30 de

09

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 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 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 00 00 00 00
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 00 00 00 00 02
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 00 02
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

00 00 00 00 05
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

00 00 00 01 00
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 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 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 excluyentes, 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 00 00 00 00
Horas Días Meses Anos

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 Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 00 02
Horas Días Meses Anos

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

00 00 00 00 10
Horas Días Meses Anos

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

00 00 00 01 00
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 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de AMPARO BOTANA RICO
, con documento identificativo DNI, 32219437W según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024
a las 11:55 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 01 DE OCTUBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
01/10/2024 10:28

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:VAXK-9Ray-XYFD-eq&k

