

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: MARIA DEL CARMEN ALVAREZ (ARREGIA)
Fecha de fallecimiento: 20 - OCTUBRE - 2024

Domicilio: H. CONXO

Teléfonos: 626179570 - CARLOS E-mail: coterualvarez@gmail

CONCEPTOS		Servicio presi
Arca modelo	Medida	765
Capilla ardiente	Deposito	72
Gestión funeraria	Si	170
Carroza traslado	HOSPITAL - COMPLETO	105
Prensa	DOMINGO 20:00	NO
Radio		
Recordatorios funebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	Id.	
Certificado médico	Si	3
Registro civil	SANTIAGO	12
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia		
Incineración	Si	375
Urnas	BÁSICA	8
Presencian	Si	
Destino		
Cantores	Funeral:	
Flóres	NO	
Sudario		3410
Cubredifuntos		
Acondicionamiento		
Rosario		

FALLECIDO: id. de los padres ENRIQUE Y HANUELA
Naturaleza PARRON Provincia A CORUNA
Día, mes y año de nacimiento 6 - Febrero - 1931
Profesión VIDA Estado Domicilio c/SAN PEDRO MEZOUZO
N. 17 - 7º E - SANTIAGO

Fecha: 06.45 horas del día 20 de OCTUBRE de 2024
Domicilio H. CONXO - HAB. 242 - STGO.

Cementerio INCINERACION COMPLETO APOSTOL. Ayunt. SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR

D/na.

falleció en en el día de a los años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de

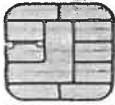
CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

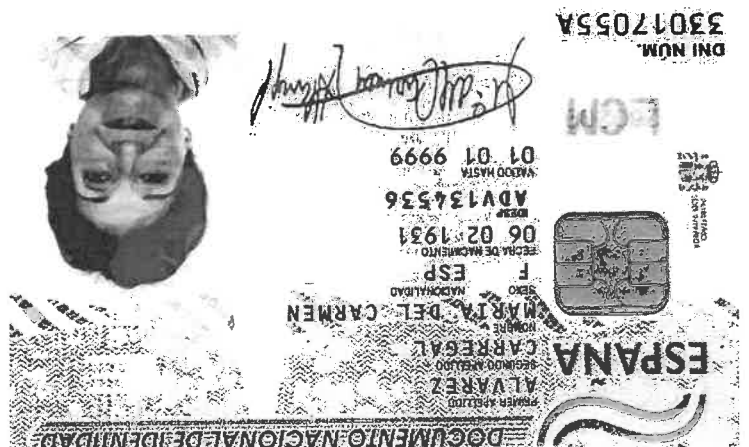
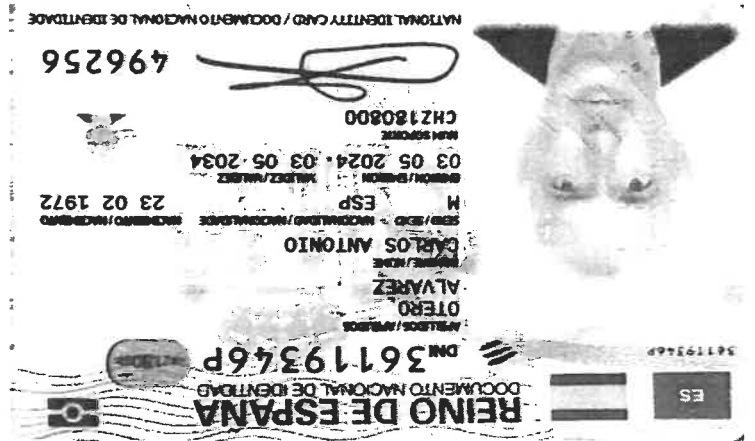
IDESPCHZ180800736119346P<<<<<
7202238M3405031ESP<<<<<<<<6
OTERO<ALVAREZ><CARLOS>ANTONIO<

RUA. URZAIZ 38 P09 B
 PONTEVEDRA
 VIGO
 LUGAL DE NASCIMENTO / LUGAL DE RESIDENCIA
 PONTEVEDRA
 VIGO
 LUGAL DE NASCIMENTO / LUGAL DE RESIDENCIA
 CARLOS / MARIA MANUELA

EQUINO/EQUINO
36913L6D3

IDESPADV134536033017055A<<<<<<
3102064F9901018ESP<<<<<<<<<6
ALVAREZ<CARREGAL<<MARIA<DEL<CA

PADRON :
 LUGAR DE NACIMIENTO
 A. CORUNA
 PROVINCIA DE
 ENRIQUE / MANUELA
 DOMINIO
 C. CORAZON DE MARIA S
 LUGAR DE DOMICILIO
 MADRID
 EQUIPO
 00PAAAAAD2





Colegio de **LA CORUÑA** Colexio de **LA CORUÑA**
Nº Certificado/Nº certificado **105510457**

Colegio actual Nº de colegiador/a **151513998**
1ª colegiación Nº de colegiador/a **151513998**

D./Dña. **MARTÍN NPA** **2017**
D./Dña. **SANABO DE COMARCA**, con el número **SANABO DE COMARCA**, co número **SANABO DE COMARCA**
y con ejercicio profesional en **en Medicina y Cirugía, colegiado/a en**
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **en Medicina y Cirugía, colegiado/a en**
e con ejercicio profesional en **en Medicina y Cirugía, colegiado/a en**

CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICADO a defunción de
Nombre del fallecido/a: **MARTÍN NPA**
1º Apellido del fallecido/a: **APEN**
2º Apellido del fallecido/a: **DE COMARCA**
2º Apellido del fallecido/a: **DE COMARCA**
Fecha de nacimiento: Día **06** Mes **02** Año **1931** Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: **33017055-A**
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número: **-**
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: **-**
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: **-**

En qué municipio ocurrió la defunción? **SANABO DE COMARCA**
Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos **06:45** Día **20** Mes **10** Año **2029**
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Intervalo de tiempo aproximado **Intervalo de tiempo aproximado**

I. Causa inmediata / Causa inmediata
(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA
(c) Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental
(d) BONGUECTASIAS
II. Otros procesos / Outros procesos

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☒ No/Non ☐ Si/Sí
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☒ No/Non ☐ Si/Sí
La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de: / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de:
Accidente de tráfico ☒ No/Non ☐ Si/Sí
Accidente laboral ☒ No/Non ☐ Si/Sí
Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐

Existen riesgos infecciosos?/Existen riesgos infecciosos?

SI/No

Enfermedad infecciosa/Enfermedad infecciosa

Grupo/Grupo

Possibilidade de incineração?/Possibilidade de incineração

SI/No

Incineración condicionada por/Incineración condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con isótopos Radioactivos/Tratamiento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En 20 de 2024

Firma del médico

Signature du médecin

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".

Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afectación 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
00	45	00	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

Horas	Días	Meses	Años
00	03	00	00

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

Horas	Días	Meses	Años
00	02	00	00

(c) Pielonefritis crónica

Horas	Días	Meses	Años
00	02	00	00

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, a que haya sido mencionada en 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
00	00	00	05

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
00	00	00	10

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.

3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.

4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado,

separarlas claramente por comas.

5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadros 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 cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa imediata** 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: "Enfermedad 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".

Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o comezo de cada afectación 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 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	Días	Meses	Años
00	45	00	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) Hemorragia cerebral

Horas	Días	Meses	Años
00	03	00	00

3 Causas intermedias:

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (b) ou nas liñas (b) e (c),

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

Horas	Días	Meses	Años
00	02	00	00

(c) Pielonefrite crónica

Horas	Días	Meses	Años
00	02	00	00

4 Causa inicial ou fundamental:

(d) Enfermedade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas	Días	Meses	Años
00	00	00	10

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas	Días	Meses	Años
00	00	00	05

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.

4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, separarlas 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

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licenza para o entierro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Registro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licenza esténdese inmediata-mente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licenza 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 estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago de Compostela

la defunción de don MARIA DEL CARMEN ALVAREZ CARRÉGAL

a defunción de don/a 06:45

ocurrida a las

horas del día

20

2024

de octubre de

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa

do del fallecimiento:

concede permiso para que se dea sepultura a su cadáver, transcurridas que sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.

Registro Civil de Santiago de Compostela

Registro Civil de

A 20 de octubre de 2024

de

Antia Alvarado Arias



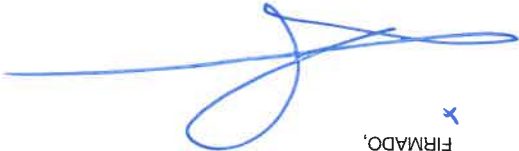
FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO, S. L.

RÚA BOISACA, 11 * SANTIAGO DE COMPOSTELA

TELÉFONO 24 HORAS: 981 58 06 69

TANATORIOS EN: SANTIAGO (Boisaca) * BERTAMIRANS * VAL DE BARCALA * MONTOUTO

D./D.ª **CARLOS OTERO ALVAREZ** (Sobano), mayor de edad, con residencia en **Vigo**, C. P. **36119346-P**, y DNI nº **36119346-P**
AUTORIZA a la Empresa **FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO, S. L.**, para solicitar la autorización sanitaria de traslado, la licencia de enterramiento de su familiar y la publicación de esquelas en radio, prensa y web:

FIRMADO, 

PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 y con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.
RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO. Identidad: FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO SL CIF: B15657901 Dirección: RUA BOISACA Nº 11 CP15890 - SANTIAGO DE COMPOSTELA E-Mail: info@funeraria-apostol.com
BASE LEGAL. En cumplimiento del artículo 6 del Reglamento (UE) 2016/679 FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO SL le solicita su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales informándole que dicho tratamiento tiene su base legal en el contrato de prestación de servicios que une a ambas partes.
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO. En cumplimiento del artículo 13 del Reglamento Europeo de Protección de Datos, le informamos de que los datos serán incluidos en el sistema de tratamiento CLIENTES siendo la finalidad gestionar los datos de los clientes, emitir facturas así como llevar a cabo la gestión económica contable, la gestión admi-

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

PRIMER APELLIDO	ALVAREZ	SEGUNDO APELLIDO	CORRECAL
NOMBRE	MARIA CARMEN		
FECHA DEL FALLECIMIENTO	20 - OCTUBRE - 2024	HORA	06:45
LUGAR DEL FALLECIMIENTO	H. Provincial - SANTIAGO		

DATOS DEL TRASLADO

LUGAR DE SALIDA	H. Provincial - SANTIAGO
DESTINO (Cementerio)	INCINERACION COMPLETO APOSTOL
ITINERARIO	CARRETERA
VEHICULO AUTORIZADO	Furgon FUNEBRE

En virtud de la presente autorización, que deberá acompañar al cadáver en todo momento, se ruega a las Autoridades y sus Agentes den las mayores facilidades durante el itinerario hasta el punto de destino.

SANTIAGO, 20 de OCTUBRE de 2024

POR LA EMPRESA,



