OTROS CONCEPTOS

Centro FV: Familia Arufe Mariño • ZR

S.F - 122

FALLECIDO: Teresa García Castiñeiras ST - 127

Fecha de fallecimiento: 25 - 10 - 2024

Domicilio: H. Provincial Pontevedra

Teléfonos: 628 329643 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prest
Arca modelo ..... Medida	
Capilla ardiente X Bert. 2 ..... Sala Prep. Si ..... Libro Si	
Gestión funeraria Si ..... ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X Hospital - Tanatorio	
X Viernes 18:45 Prensa: Correo Nº3 Domingo	
Radio: Radio Domingo	
Recordatorios fúnebres / tarjetas No	
Ómnibus acompañamiento No	
Turismo ..... id: X sale al tanatorio	
Certificado médico X Si ..... Registro Civil: X Pontevedra	
Carroza X Si ..... Personal X Si	
Ayunt.º: Sepultura Ames ..... X Rojo	
Iglesia X S. Juan de Ortoño	
Incineración ..... Urna:	
Presencian ..... ☐ SI ..... ☐ NO ..... Destino	
Cantores X Felisa ..... Funeral: 1+2 (88774) X 170	
Flores: Corona: Tu hija e hijo político • ; Tu nieta y nieto político • ; Centro 24 P B E/E: Tu bisnieta Paula •	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre ..... D.N.I. Nº .....

id. de los padres .....

Naturaleza ..... Provincia .....

Día, mes y año de nacimiento .....

Profesión ..... Estado ..... Domicilio .....

.....

Fallecimiento:

Fecha: ..... horas del día ..... de ..... de 20.....

Domicilio .....

.....

Cementerio ..... Ayunt.º .....

Cónyuge: ..... Nombre .....

LIBRO DE FAMILIA ..... Tomo .....; Página .....

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

domiciliado en .....

L SEÑOR

D/ña. .....

.....

falleció en ..... en el día de ..... a los .....años

confortado con los Auxilios Espirituales .....

Su esposo/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

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
ESPAÑA
GARCIA
CASTIÑEIRAS
TERESA
F ESP
16 09 1932
ACH165756
01 01 9999
DNI NUM.
764946 10Z

AMES
A CORUÑA
EDUARDO / MARIA
LGAR. INSTRUMENTO SN
ORTOÑO
AMES
A CORUÑA
15771L6D1
IDESPACH165756376494610Z<<<<<<
3209169F9901018ESP<<<<<<<<<<<2
GARCIA<CASTINEIRAS<<TERESA<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
GONZALEZ
GARCIA

NOMBRE / NOME
MARIA SUSANA

SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
15 07 1968

NUM SOPORT: BGW187684
VALIDEZ / VALIDEZ: 07 05 2028

DNI 33284218K

950400

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. INSTRUMENTO 6
ORTOÑO
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
AMES
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
ENRIQUE / TERESA

IDESPBGW187684533284218K<<<<<<
6807153F2805070ESP<<<<<<<<<<<5
GONZALEZ<GARCIA<<MARIA<SUSANA<

SOLICITANTE (HIJA)

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* MEDICO PONTEVEDRA

Sello/*Carimbo*

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105551127

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* Alberto Fernández González

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* Pontevedra, con el número / *co número*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Pontevedra

Colegio actual / *Colexio actual*: 36360660 1

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** TERESA

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** GARCIA

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** CASTIÑEIRAS

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 16 — Mes / *Mes* 09 — Año / *Ano* 1932

Sexo: / ***Sexo:*** Varón / *Varón* ☐ Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 76494610-Z

☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos* 00:50 — Día / *Día* 25 — Mes / *Mes* 10 — Año / *Ano* 2024

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

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**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) INFECCION POR SARS-COV-2 — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) INFECCION POR SARS-COV-2 — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

DETERIORO COGNITIVO GRAVE — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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 / *Ano*

Continúa al reverso / *Continúa ao reverso*

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.*

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* [X] No/*Non* [ ]

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* Infección por SARS-CoV-2

Grupo/*Grupo* I [X] II [ ] III [ ]

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Sí* [ ] No/*Non* [X]

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 / *En* Pontevedra, a / *a* 25 de / *de* octubre de / *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 [ ][ ] Días [4][5] Meses [ ][ ] Años [ ][ ]

I

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 [3][ ] Días [ ][ ] Meses [ ][ ] Años [ ][ ]

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 — Horas [ ][ ] Días [ ][ ] Meses [ ][ ] Años [ ][2]

debido a ↓

(c) Pielonefritis crónica — Horas [ ][ ] Días [ ][ ] Meses [ ][ ] Años [ ][2]

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]

II

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 [1][0]

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **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 Defunción.*

***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 transcorrido entre o comezo de cada afección 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 excluíntes, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas [ ][ ] Días [4][5] Meses [ ][ ] Anos [ ][ ]

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — Horas [3][ ] Días [ ][ ] Meses [ ][ ] Anos [ ][ ]

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — Horas [ ][ ] Días [ ][ ] Meses [ ][ ] Anos [ ][2]

debido a ↓

(c) Pielonefrite crónica — Horas [ ][ ] Días [ ][ ] Meses [ ][ ] Anos [ ][2]

debido a ↓

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

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas [ ][ ] Días [ ][ ] Meses [ ][ ] Anos [1][0]

II

5 *Outros procesos:*

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

Exemplo: Diabete — Horas [ ][ ] Días [ ][ ] Meses [ ][ ] Anos [ ][5]

Outras 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 LA PRESIDENCIA, JUSTICIA
Y RELACIONES CON LAS CORTES

registrocivil

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE PONTEVEDRA
EXPEDIENTE Nº 20241025/004762 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª TERESA GARCÍA CASTIÑEIRAS con Documento Identificativo DNI y Nº 76494610Z, con último domicilio conocido en LUGAR INSTRUMENTOÑ-ORTOÑO NºS/N - 15229 - Ames , ESPAÑA, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 25 de OCTUBRE de 2024, a las 00:50 horas, acaecida en HOSPITAL PROVINCIAL;
SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas desde el fallecimiento.

En Pontevedra a 25 de OCTUBRE de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
25/10/2024 11:05	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO

RG:JSkh-kmsQ-xRZj-7zxh