

OTROS CONCEPTOS

RONA 40 Rosas Pojas - **PAGADO** **Ok** Rapido TAV
20 FU (Dad 1) Tus Sobrinos **PAGADO** **Ok** Rapido TAV
7480 **S1371**

ANTEON: LAPIDA GRABADA YESICA IZQUIERDO
POR LA PARTE DE ATRAS JUNTO AL PORTAL.
(TRAERAN CLAVE)

FALLECIDO: OTILIA GARCIA CASAL

Fecha de fallecimiento 1. OCTUBRE - 2024

Domicilio H. CLINICO # TRAVESEA CACHEIRAS N.38 P.3-2°B-CACHEIRAS

Teléfonos: 640952938 #981807588 E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1.90		
Capilla ardiente T. HONTOUTO l	Sala Prep.	Libro SI	
Gestión funeraria SI	☒ Tramitación UUV		
Carroza traslado H. CLINICO - T. HONTOUTO			
17:00 HIERROLES			
Prensa			
Radio NO			
Recordatorios fúnebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento NO			
Turismo id.			
Certificado médico	SI SI	Registro Civil SANTIAGO	
Carroza		Personal SI SI	
Ayunt.º: Sepultura		SI ROTO # OZA-TEO	
Iglesia		SI CAPILLA TANATORIO Hontob	
Incineración		Urna: SI CAMPANA	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores		Funeral: SI EDGAR	
Flora		SI CORONA 40 ROSAS BLANCAS - TU HIJA	
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			

ESPAÑA



GCT

DNI NÚM.
32371063N

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
GARCIA
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
CASAL
NOMBRE / NOME
OTILIA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
08 06 1946
IDESP
ASR173106
VALIDEZ / VALIDEZ
11 06 2025



Otilia Garcia Casal

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TEO
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
VIJOS DE / FILLOS DE
MANUEL / DOLORES
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. RIBAS 36
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
OZA
TEO
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO: EQUIPO
15771L6D1

IDESPASR173106532371063N<<<<<<
4606086F2506115ESP<<<<<<<<<<<<<4
GARCIA<CASAL<<OTILIA<<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
IZQUIERDO
GARCIA
HOMBRE / HOME
YOLANDA
SEXO / SEXO F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
03 03 1974
Nº. SUPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BEV179078 25 08 2027



DNI 28957052Y 614400

DOMICILIO / DOMICILIO
TSIA. CACHEIRAS 38 3 P02 B
TEO
A CORUÑA



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
BARCELONA
BARCELONA

HUOJA DE / FILLOJA DE
JOSE / OTILIA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



IDESPBEV179078628957052Y<<<<<<<
7403035F2708252ESP<<<<<<<<<<<<2
IZQUIERDO<GARCIA<<YOLANDA<<<<<<<

OMC

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

105587564

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. FERNANDO SINES CASTRO

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 en

A CORUÑA

A CORUÑA

con el número

co número

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151510445

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 08

Día

Mes 06

Mes

Año 1946

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.☐ Pasaporte

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento
de identidad:☐ Pasaporte☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día 01

Día

Mes 10

Mes

Año 2024

Año

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro 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) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) ISQUEMIA MIOCARDICA

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) FALLO MULTIORGÁNICO

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Si

Accidente laboral

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/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade 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 1 de OCTUBRE 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

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
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 anota 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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

☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 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 transcurrido 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 a I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, 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

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Anos
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático ☐ ☐ ☐ ☐ 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: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Anos

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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 OTILIA GARCÍA CASAL

, con documento identificativo DNI, 32371063N
según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 01 DE
OCTUBRE DE 2024 a las 11:20
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 02 de OCTUBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
02/10/2024 11:46

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:\$&Zv-zWdn-H5Gn-\$QDr

