

OTROS CONCEPTOS

RONA R/B: Familia Taranta Beiton
Nº 2 (Var 2): en casa de los sobrinos TRV
6imda. 142
PAGADO
entre FV Med 2 y familia TRV 212 6imda. 142

FALLECIDO: MARIA GÓMEZ FERNÁNDEZ. SF: 715
Fecha de fallecimiento: 20-DECEMBRE-2024 ST: 125
Domicilio: LCAR OLTEIRO 24- BUSCALIDO-AMES
1º duz
Teléfonos: 616 874668-1112 E-mail:
11-ANEA-02923232

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida 80x72	564
Capilla ardiente BERTA 2	Sala Prep. Libro	443 53
Gestión funeraria	☒ SI ☐ Tramitación UUV	144
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO	114
Prensa	XEDRREO Nº 3	
Radio	XADONINGO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X100	
Ómnibus acompañamiento	Nº	
Turismo id.		
Certificado médico	X Si X8180	3
Carroza	Personal	155 124
Ayunt.º: Sepultura	AMES -	
Iglesia	SAN PEDRO DE BUSCALIDO -	
Incineración	Urna:	70
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	70
Cantores	XANA	90 (88490)
Flóres	CORONA R/B: ESPOSO	40
	CORONA R/B: HIJAS	140
	CORONA R/B: HIJO PTGO	140
	CORONA R/B: HERMANA	140
	CORONA R/B: NIETOS - (ENCINA CATA)	95
	(242) CENTRO R/B: NIETOS - (ENCINA CATA)	22'60 72'10
	☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO: Nombre MARIA GÓMEZ FERNÁNDEZ D.N.I. Nº 76494574-R
id. de los padres MANUEL y OTILIA
Naturaleza AMES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 7.01.1948
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio L PAR OSTEIRO Nº
24. BUSALLIDO - AMES

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 20 de OCTUBRE de 2024
Domicilio HOSPITAL PROVINCIAL - SIPO
Cementerio SAN PEDRO DE BUSALLIDO Ayunt.º AMES

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. CATALINA VILLAVERDE GÓMEZ (HITA) D.N.I. 33296280P
domiciliado en AMES - AVDA PEREGRINA Nº 9. 2º C - BERTAMIZANS

LA SEÑORA
D/ña. MARIA GÓMEZ FERNÁNDEZ
VECINA DE OSTEIRO - BUSALLIDO - AMES

falleció en _____ en el día de 20-10-2024 a los 76 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a JOSÉ VILLAVERDE VILLANUEVA

Hijos Mariluz y Cathy VILLAVERDE GÓMEZ

Hijos políticos JOSÉ ZARAUZA BEIRAS

Padres NIETOS: AINHOA LLORET VILLAVERDE, HIJO y ALEX ZARAUZA
Abuelos VILLAVERDE

Padres políticos _____

Hermanos CARMEN GÓMEZ FERNÁNDEZ
(VDA DE JESUS CODESO)

Hermanos políticos LOLA E HIPOLITO VILLAVERDE VILLANUEVA. MARIA
MARTÍNEZ (VDA RAMON VILLAVERDE) y PILAR MOSQUERA

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos SÍ Primos SÍ

y demás familia.- Conducción LANES 14:15

Funerales _____

en la iglesia de SAN PEDRO DE BUSALLIDO - AMES

CASA MORTUORIA: TANATORIO APÓSTOL 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
GOMEZ

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
FERNANDEZ

NOMBRE / NOME
MARIA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
07 01 1948

IDESP
ASI196076

VALIDEZ / VALIDEZ
13 04 2025

GFM

DNI NÚM.
76494574R



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES

PROVINCIA/PAÍS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / OTILIA

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. OUTEIRO-BUGALLIDO SN

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
AMES

PROVINCIA/PAÍS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPASI196076976494574R<<<<<<<<
4801076F2504133ESP<<<<<<<<<<<<<7
GOMEZ<FERNANDEZ<<MARIA<<<<<<<<<

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI **33296280P**

APELLIDOS / APELIDOS
VILLASVERDE

NOMBRE / NOME
GOMEZ

NOMBRE / NOME
CATALINA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO
07 04 1971

EMISION / EMISSÃO VALIDEZ / VALIDEZ
26 11 2021 06 11 2024

NUM. BORRADOR
CBE156013

217088

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. PEREGRINA 9 02 P02-C

AMES

A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
LONDRES

REINO UNIDO

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / MARIA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPCBE156013533296280P<<<<<<<
7104077F2411060ESP<<<<<<<<<<<<8
VILLASVERDE<GOMEZ<<CATALINA<<<<

SOLICITANTE (HIJA)


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105509828

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.

MARTIN NAYA ROSATO

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, con el número
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
 y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
 e con exercicio profesional en

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

151513948

1ª colegiación
1ª colexiación
CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARIA
 Nome do falecido/a: MARIA
 1º Apellido del fallecido/a: GOMEZ
 1º Apellido do falecido/a: GOMEZ
 2º Apellido del fallecido/a: FERNANDEZ
 2º Apellido do falecido/a: FERNANDEZ

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 07

Mes 01

Año 1948

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:
Número:

76494579-R

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:
Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos
Hora : minutos

09:45

Día 20

Mes 10

Año 2024

¿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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) SEPSIS
 Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCION DEL TRACTO URINARIO
 Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
 Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ENFERMEDAD DE PARKINSON EVOLUCIONADA
 Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Debido a/Debido a

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

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐

Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
 Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 20 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

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 2
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefritis crónica debido a 00 00 00 00 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 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 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 10
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 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 defunção: "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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 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 Años

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 2
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefrite crónica debido a 00 00 00 00 2
Horas Días Meses Años

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 10
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes 00 00 00 10
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

- 1.Emplegar 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 MARÍA GÓMEZ FERNÁNDEZ
, con documento identificativo DNI, 76494574R según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 20 DE OCTUBRE DE 2024
a las 09:45 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 21 de OCTUBRE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
21/10/2024 10:51

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:j\$\$y-nSvv-3Dgq-wDAu

