

OTROS CONCEPTOS

F.V. Mod.1 "PAGADO" familia web 1471
24K12 "TV dirigida P. PAGADO" familia web 1471

CERO (18 R\$): ESCOLA INFANCIL O BOSQUE 2023 •
 CERO (Nbr.): LUCIANO PÉREZ Y FAMILIA (2022) •
 CERO (24 R\$): CUPAGADO DE LUZO • TPV
 91302a Carlos

to 24 RBL: Tu cunhada y sobrinos de dech
6074442330 JULIO CESAR (BIZUM)

500 (VIR) / PAGO DE TONTO DE BETA 0
5136 616 BETA

condição: PAISADOBEL TPV

FALLECIDO: Purificación Castro Rivas Urrutia
ST: 510

Fecha de fallecimiento 21- Octubre - 2024

Domicilio Hospital ha Resolvido

.....
Teléfonos: 676.898.817 - Jose Manuel (hijo) E-mail:

Arca modelo	Medida	Servicio prestado
C-1	1,90	1090
Capilla ardiente	Si Libro	628 + 53
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUW	170
Carroza traslado	Hospital - Complejo	105
MARTES	Prensa	
1700	Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Nº	
Ómnibus acompañamiento	Nº	
Turismo	id. Busca casa 16º en San Fernando	45
Certificado médico	Si Registro Civil: Santiago	3
Carroza	di Personal	1 + 123
Ay. int.º: Sepultura	Nicho Concesión: 1694	81730.
Iglesia	Capilla Complejo	149
Incineración	Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	Autosem
Cantores	Sus Funeral Funeral	68
Flores	Centro Blanco (F.V. N.º) tus violetas	80
	Centro Blanco (F.R. B.) tu biznietas	140
	Centro Calgan (R.B.) tus hijos y nietas	3410
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☐ Acondicionamiento
		☐ Rosario

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

 $\frac{d}{dt}x$

FALLECIDO: Nombre Purificaci3n Castro Rivas D.N.I. Nº 33225229-G
id. de los padres Jose Antonio y Julia
Naturaleza Bazar - Castro de Rei Provincia Lugo
Día, mes y año de nacimiento 1- Septiembre-1931
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Rancho Calanillas, 2, 4º D. Stgo.

Fallecimiento: Fecha: 06:15 horas del día 21 de Octubre de 2021
Domicilio Hospital La Rosaleda
Cementerio Municipal de Boisaca Ayunt.º Santiago de Compostela

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. L SEÑOR PURIFICACION CASTRO RIVAS (Vda de Reinante)

falleció en _____ en el día de _____ a los 93 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos : Carlos Antonio y Xosé Manuel Fernandez Castro

Hijos políticos Mª Loli Perez Castro y Berta Rosón Lopez

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos : Fé y Manuel Castro Rivas

Hermanos políticos _____

Nietos Si Bisnietos Si Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

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

ESPAÑA **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
CASTRO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
RIVAS
NOMBRE / NOME
PURIFICACION
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
01 09 1931
IDESP
ASI198518
VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

CRP

DNI NÚM.
33252296



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BAZAR - CASTRO DE REI
PROVINCIA PAIS : PROVINCIA-PAIS
LUGO
MUJER DE / FILLO/A DE
JOSE ANTONIO / JULIA
DOMICILIO / DOMICILIO
C. RAMON CABANILLAS 2
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA PAIS : PROVINCIA-PAIS
A CORUNA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPASI1985180332252296<<<<<<<
3109018F9901018ESP<<<<<<<<<<<<0
CASTRO<RIVAS<<PURIFICACION<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

APellidos / APELIDOS
FERNANDEZ CASTRO
NOMBRE / NOME
XOSE MANUEL
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
24 09 1963
NÚM. NIF/NIE
BAC109221
VALIDEZ / VALIDEZ
10 09 2025

DNI 33253779B

766080



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. DA ROSA 22 P02 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA
MUJER DE / FILLO/A DE
ANTONIO / PURIFICACION

IDESPBAC109221633253779B<<<<<<<
6309244M2509105ESP<<<<<<<<<<<<6
FERNANDEZ<CASTRO<<XOSE<MANUEL<

SOLICITANTE (hijo)

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido

D./Dña. **SILVIA M. RODRIGUEZ ALVAREZ**

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **SANTIAGO**

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en **SANTIAGO**

e con exercicio profesional en

Colegio actual

Colegio de

Nº de colegiado/a

Nº de colexiado/a

151507126

1ª colegiación

1ª colexiación

con el número

co número

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: **PURIFICACION**

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a: **CASTRO**

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a: **RIVAS**

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día **01**

Mes **09**

Año **1934**

Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad:

Documento de identidade:

☒ D.N.I. Número: **33225229-6**

☐ Pasaporte Número:

☐ Pasaporte Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: **-**

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos **06:15**

Día **21**

Mes **10**

Año **2024**

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ 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 aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) **PARADA CARDIO-RESPIRATORIA**

Debido a/Debido a

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) **ICV**

Debido a/Debido a

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) **DETERIORO COGNITIVO**

Debido a/Debido a

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

HTA

INSUF. MITRAL

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ 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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒

Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐

Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

¿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 21 de OCTUBRE de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

DRA. SILVIA MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ
Nº COL. 15/1507126

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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 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 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Años

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 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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
Horas Días Meses Años

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 PURIFICACIÓN CASTRO RIVAS , con documento identificativo DNI, 33225229G según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 21 DE OCTUBRE DE 2024 a las 06:15 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 11:43

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:zq8b-yWhm-57NT-ZEFd

