## OTROS CONCEPTOS

ENCRO (Var. 1) PAGADO MIS HERMANOS TPV

ENCRO (Var. 1) PAGADO TUS SOBRINOS ROSA MARIA Y JAVIER TPV

ENCRO (18 R.Bl): PAGADO FAMILIA ANTELO BALUJA 690197152 TPV

ENCRO (Var. 1): PAGADO ELENA Y LAURA BARTOLOMÉ efectivo recep

ENCRO (18 R.Bl): FAMILIA CARRIL MOSQUERA 08766612

FALLECIDO: DELFINA FERRO LÓPEZ WEB ST: 520

Fecha de fallecimiento 27 - OCTUBRE - 2024

Domicilio VILAR DE CALO N° 120 - TEO

Teléfonos: 629760796 - RAMIRO E-mail:

0120242005262 OCASO (RAFA) C. 3420 N.P. 159000131 9

| CONCEPTOS | Servicio prestado |
|---|---|
| Arca modelo C-1 Medida | |
| Capilla ardiente PRATERIAS Sala Prep. SI Libro SI | |
| Gestión funeraria SI ☐ Tramitación UUVV | |
| Carroza traslado X DOMICILIO - COMPLEJO | |
| LUNES 12:30 Prensa X CORREO GALLEGO N°3 - LUNES | |
| Radio NO | |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas NO | |
| Ómnibus acompañamiento NO | |
| Turismo id SI Barreiro | |
| Certificado médico X SI - PAC ~~Registro Civil:~~ TEO | |
| Carroza SI Personal SI | |
| Ayunt.°: Sepultura BOISACA - SEP. 10566 X PINELO 10:00 | |
| Iglesia X CAPILLA COMPLEJO | |
| Incineración — Urna: | |
| Presencian ☐ SI ☐ NO Destino | |
| Cantores NO Funeral: X JUAN VENTURA | |
| Flores / CORONA 40 ROSAS BLANCA - TUS HIJOS E HIJOS POLITICOS | |
| / CORONA 40 ROSAS BLANCA TUS NIETOS Y BISNIETOS | |
| ☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario | |

FALLECIDO:

Nombre DELFINA FERRO LÓPEZ D.N.I. Nº 33019981-P

id. de los padres JOSÉ Y CELSA

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 13-FEBRERO-1934

Profesión Estado VIUDA Domicilio CALZADA DE TORRENTE Nº 5 - SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 09:30 horas del día 27 de OCTUBRE de 2024

Domicilio VILAR DE CALO 120 - TEO

Cementerio BOISACA Ayunt.º

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. RAMIRO ANTELO FERRO ( HIJO ) D.N.I. 33286219-K

domiciliado en VILAR DE CALO Nº 120 - TEO - A CORUÑA

L SEÑOR

D/ña. DELFINA FERRO LÓPEZ

(VECINA DE VILAR DE CALO)

falleció en en el día de 27/10/24 a los 90 años

confortado con los Auxilios Espirituales

~~Su esposo/a~~ VDA. RAMIRO ANTELO TORRES

Hijos CARMEN, JOSÉ, RAMIRO Y FERNANDO ANTELO FERRO

Hijos políticos HODESTO PASÍN, MARÍA JOSÉ VARELA, CRISTINA PAMPÍN Y OLGA FELIPEZ

Padres NO / NIETOS: CÉSAR; VANESA Y MARTA; LUCAS, ALEJANDRO Y MARCOS; SARA

Abuelos NO Y ANA

Padres políticos NO

Hermanos JOSÉ (+) y MANUEL FERRO LÓPEZ

Hermanos políticos SI

HARC, DAVID, LIA Y GALA

Nietos Políticos Bisnietos SI Tios NO Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción

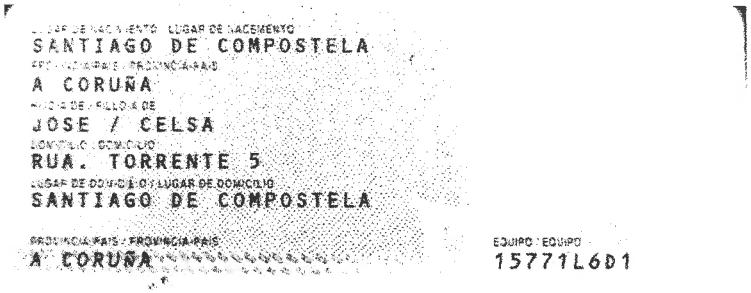
Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA: PRATERIAS

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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




FALLECIDA

SOLICITANTE (HIJO)

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

# CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
# *CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN*

https://certificados.cgcom.es

YPWBI4KICY

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de* — MEDICO PONTEVEDRA

Sello/*Carimbo*

105127150

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
*CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. Mª JOSEFA LÓPEZ PEREZ
*D. / Dna.*

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

y con ejercicio profesional en SANTIAGO
*e con exercicio profesional en*

Colegio actual / *Colexio actual*: 15

1ª colegiación / *1ª colexiación*:

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 6559

**CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de***

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

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

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

**Fecha de nacimiento** / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 13 — Mes / *Mes* 02 — Año / *Ano* 1934

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

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

- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33011981-P
- ☐ 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* 09:30 — Día / *Día* 27 — Mes / *Mes* 10 — Año / *Ano* 2024

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

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) FALLO MULTIORGANICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) ANEMIA — 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) FIBRILACIÓN AURICULAR — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

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

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* ☐☐☐☐

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

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 27 de OCTUBRE de 2024
*En ____, a ____ de ____ de ____*

**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.*

CONCELLO DE SANTIAGO

REXISTRO XERAL CONCELLO DE SANTIAGO

# TITULO DE CONCESIÓN

## DE USO DA SUPULTURA Nº 10.566

## DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

En cumprimento do **Decreto da Alcaldía con data 10 de decembro de 2002** e, acreditado o pagamento das taxas correspondentes na Tesoureria Municipal, queda inscrito no Libro de Rexistro do Cemiterio a concesión de uso sobre a **Sepultura nº 10.566**, emprazada no treito D, sección 10, fila 1 e nº de orde 6º, do Cemiterio Municipal de Boisaca, a favor de ***D. RAMIRO ANTELO TORRES, ESPOSA: DNA. DELFINA FERRO LÓPEZ e FILLOS: DNA. Mª CARMEN, D. JOSÉ, D. RAMIRO e D. FERNANDO ANTELO FERRO.***, polo prazo de noventa e nove anos, e limitado o seu uso á autorización previa do titular e suxeito ás disposicións do Regulamento do Cemiterio Municipal de Santiago de Compostela e ás súas modificacións.

Santiago de Compostela, a 11 de decembro de 2002.

**O ALCALDE-PRESIDENTE** **O SECRETARIO XERAL**

**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 licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

**Regulamento do Rexistro Civil**

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

A licencia esténdese inmediatamente 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 falemento, a licencia 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 estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

# LICENCIA PARA DAR SEPULTURA
LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

**Habiéndose inscrito en el Registro Civil de** TEO
**Téndose inscrito no Rexistro Civil de**
**la defunción de don** DELFINA FERRO LOPEZ
**a defunción de don/a**
**ocurrida a las**
**ocorrida ás** 9:30 **horas del día** 27
**horas do día**
**de** OCTUBRE **de** 2024
**de** **de**
**según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa**
**segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa**
**del fallecimiento:** ——
**do fallecemento**
**concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que**
**concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as**
**sean las ~~veinticuatro~~ horas siguientes a la del fallecimiento.**
**vintecatro horas do fallecemento**

**Registro Civil de** TEO
**Rexistro Civil de**

**A** 27 **de** OCTUBRE
**O** **de**
**de** 2024
**de**

(El Juez)
(O xuíz)

LEIRO DO XULGADO DE INSTRUCIÓN Nº 2 FE PÚBLICA JUDICIAL SANTIAGO