

OTROS CONCEPTOS

Auto. Resid. O Castro • 1502
: 50 R 17050 Familia **PAGADO** 02 • 650 9715 698mm
: xreo (var. 1): **PAGADO** BAYONDE •
30 44 8803 Gera efectivo reop.
xreo (var. 1): Familia DUBRA **PAGADO** web • (S1508)

~~PACSTO~~ PAZ CAMPS 7/11/2015
~~PACSTO~~ MARIA MARIA MUJICA PAZ CAMPS (2015-2015)

FALLECIDO: MARIA DE LOS ANGELES PAZ CAMPS ST-S25
Fecha de fallecimiento 29-October-2024
Domicilio RESIDENCIA O CASTRO.
Teléfonos (Sobrina) 609547305 E-mail: ma.am.paz@hotmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	CA. Medida 1'80	1090
Capilla ardiente	CORREJO Gervantes Sala Prep. Libro Si	
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	RESIDENCIA O CASTRO - CORREJO	
Prensa	CORREJO N° 3 Diéncab.	
Radio	ESQUEMA MURAL Domicilio.	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	VER DARTES	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	id.	
Certificado médico	Si (Residencia) Registro Civil: TEO	
Carroza	Si () Personal Si Bolas vestos.	
Ayud.º sepultura	SEP. 9791 ALPIDA Pines 13:00	
Iglesia	CAPILA CORREJO	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO Destino Adosados Foto	
Cantores	SE FELISA Funeral: PRATIN canza	
Flores	1c. 50 R.B. Tus HERMANOS y H^{no} POLITICO	
	1c. 50 R.B. "Tus SOBRINOS Y SOBRINOS POLITICOS"	
Sudario	Cubrefúntos Acondicionamiento Rosario	

de autismo ejemplo Amiba: de la Alapa no se puede

FALLECIDO: Nombre MARIA DE LOS ANGELES PAZ CAMPS D.N.I. Nº 33 017 992-C
id. de los padres SANTOS / MARIA
Naturaleza DAÑON Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 1 - NOVIEMBRE - 1927
Profesión _____ Estado SOCTERA Domicilio RESIDENCIA O
CASTRO - TEO -
Fecha: _____ horas del día 29 de Octubre de 20 24.
Fallecimiento: Domicilio RESIDENCIA O CASTRO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. LA SEÑORA MARIA DE LOS ANGELES PAZ CAMPS (VECINA DE C/GENERAL
PARDIGAS - SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de _____ a los 96 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos JOSÉ MARIA (+), TERESA, NODISTO (+), MERCEDES, ADOLFO, MARIA (+) y
CARMENCITA PAZ CAMPS.

Hermanos políticos JUAN ANBOAGE (+) Lucita SILVA (+), ANTONIO LORENZO (+) y
FRANCISCO PALOS.

Bisabuelos (SI)
Sobrinos Políticos (SI)

Nietos NO Bisnietos NO Tíos _____ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

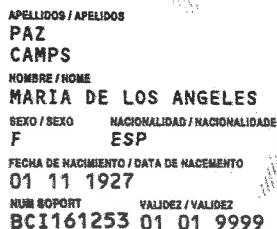
Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

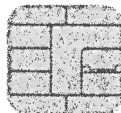
Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado



DNI 33017992C

H^a Angeles Paz Camp 738560

C. GENERAL PARDIÑAS 34 POZ D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

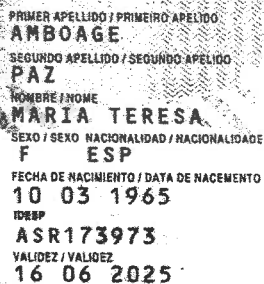
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
MAÑON
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
SANTOS / MARIA

IDESPBCI161253933017992C<<<<<<
2711014F9901018ESP<<<<<<<<<<6
PAZ<CAMPS<<MARIA<DE<LOS<ANGELE

FALLECIDA



MPM

DNI NÚM.
33263636R

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUNA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JUAN MANUEL / TERESA
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA) DA REPUBLICA ARXENTINA 5 POS
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUNA
EQUIPO / EQUIPE
157

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPASR173973933263636R<<<<<
6503101F2506160ESP<<<<<<<<<9
AMBOAGE<PAZ<<MARIA<TERESA<<<<<

SOLICITANTE (SOBRINA)

105605027

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.
D. / Dña.

Jose Angel Otero
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

con el número
co número

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

151502958

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA DE LOS ANGELES

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

PAZ

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

CAMPS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 01

Mes 11

Año 1927

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Müller

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

Número:

Número:

33017992-C

Documento
de identidad:
☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

Número:

Documento
de identidad:
☐ 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

09:00

Día 29

Mes 10

Año 2024

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

TEO

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

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c) TRASTURBO ALIMENTARIO

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DETERIORO COGNITIVO VASCULAR

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿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 00 Mes 00 Año 00
 Data do mesmo: Día 00 Mes 00 Año 00

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?/Possibilidade de incineração

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☒ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En cafo Teo, a 29 de octubre de 2024
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma manuscrita]

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

☐☐ 4 ☐ 5 ☐☐
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
(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 ☐☐☐☐ 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 Inmediata** 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 Defunção.

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 excluintes, é decir, 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

☐☐ 4 ☐ 5 ☐☐
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 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 ☐☐☐☐ 2
(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 ☐☐☐☐ 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: Diabete ☐☐☐☐ 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.



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

*Habiendo satisfecho la cantidad de quince mil-
pesetas,
como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a per-
petuidad de la sepultura en tierra de segunda
clase, número 9.191, del Cementerio Municipal de Boisaca.*

Se otorga a HERMANOS PAZ CAMPS.

*la concesión a perpetuidad de la expresada sepultura, conforme al
acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este
Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, ~~xxxxxx~~
~~xxxxxx~~ Decreto de 15-Septiembre
de mil novecientos ochenta y seis.
con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autori-
zación de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona
sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.*

*Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a veintiuno de Octubre
de mil novecientos ochenta y seis.*

Per acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE,

EL SECRETARIO GENERAL,

*Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra de segunda
clase, señalada con el número 9.191,
del Cementerio Municipal de Boisaca.*



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 DE LOS ÁNGELES PAZ CAMPS
, con documento identificativo DNI, 33017992C según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 29 DE OCTUBRE DE 2024
a las 09:00 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 30 de OCTUBRE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
30/10/2024 10:35

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:jGHk-r3Zq-X4D3-pCMj

