

OTROS CONCEPTOS

PAGADO Centro: Angeles CS Term - Carlos Verculo • TPV
ENCERO (por 218.80) PAGADO ENCERO TERESIANA TPV
ENCERO (188.80) PAGADO ENCERO efectivo TPV
ENCERO (por 118.80) PAGADO ENCERO Y ANGELES • TPV
S52 2323 alq3 9804 12/50 007 072214

FALLECIDO: MARIA TERESA VAL DAVILA

Fecha de fallecimiento 1 DE OCTUBRE DE 2024

Domicilio C/HOSPITALILLO, 10 - SANTIAGO

Teléfonos: 646579648 - TERESA / SOBRIÑE-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	TAPA AMERICANA	Medida 1'90	1.775-
Capilla ardiente	☒ TOURAL	Sala Prep ☒ Si Libro ☒ Si	
Gestión funeraria	☒ Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	☒ DOMICILIO - TANATORIO		
viércoles ☒ CORREO / S 18:00			
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Radio NO		
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	☒ Barreiro id. ☒ En Poy del Barro (17:15)		
Certificado médico	☒ Si	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	☒ Si ☒ No	Personal ☒ Si	
Ayud.º: Sepultura	BOISACA NICHOS 1083	☒ PINEL	
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO APOSTOL		
Incineración	☒ Si ☒ No	Urna: —	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino —	
Cantores	☒ FELISA	Funeral ☒ D. Santiago	
Flores	☒ CORONA ROSAS ROJAS Y BLANCAS: Su FAMILIA.	209	
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

DNI Y TARJETA ENTREGADA A FAMILIA

FALLECIDO: Nombre MARÍA TERESA VAL DAVILA D.N.I. Nº 33258467-B
id. de los padres ROSELIO / MARINA
Naturaleza BUEU Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 28 DE SEPTIEMBRE DE 1924
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio C/HOSPITALILLO, 10
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 1 de OCTUBRE de 2024
Domicilio C/ HOSPITALILLO, 10 - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. TERESA CONCEPCIÓN VAL FERNÁNDEZ (SOBRINA) D.N.I. 34927326-D
domiciliado en RUA DO PROGRESO, Nº 38-1º - OURENSE

L SEÑOR

D/ña. MARIA TERESA VAL DAVILA
DE LA INSTITUCIÓN TERESIANA
falleció en _____ en el día de 1/10/24 a los 100 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

SUS SOBRINAS: TERESA ANA H) Y TERESA VAL FERNÁNDEZ
Hijos políticos SOBRINOS NIETOS: MAURO GARCÍA Y ANA CARRILLO VAL Y CARLOS GONZÁLEZ VAL
BISOBRINOS

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos SUS CUDADORAS: OLGA Y ELIURA

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ 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

105604147

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Jesús SUEIRO JUSO

A CORUÑA

SANTIAGO de COMPOSTELA

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

15 5556

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 Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

MARIA TERESA

VAL

DAVILA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 28

Mes 09

Año 1924

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

D.N.I.

Número:

33250467-B

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

19:20

Día 01

Día 01

Mes 10

Mes 10

Año 2024

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) SHOCK CARDIOGENICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) FIBRILACION VENTRICULAR

Debido a/Debido a

(c) INFARTO DE MIOCARDIO

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) CARDIOPATIA ISQUEMICA - HIPERTENSIVA

II. Otros procesos / Outros procesos

¿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
Accidente de tráfico

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Fecha del mismo:

Día

Mes

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 próteses

En SANTIAGO, a 2 de OCTUBRE de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]

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 periodo 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

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 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 ☐ ☐

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 cumprimento 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 Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermedad 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 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

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.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

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

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 ambigüedades.
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 TERESA VAL DA VILA

, con documento identificativo DNI, 33250467B
según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 01 DE
OCTUBRE DE 2024 a las 19:20
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:xgYX-rSDU-J7Q8-uCgg

TÍTULO DE UNIDADE DE ENTERRAMENTO DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

Nicho – 1087

0000O0303

perman

Outorgada a concesión a perpetuidade por acordo da Comisión Municipal Permanente de data 23 de decembro de 1977 e autorizada a transmisión do dereito funerario por resolución do concelleiro delegado de servizos básicos comunitarios de data 24 de novembro de 2023, a favor de:

Titulares	DNI	Participación
MARINA VAL DÁVILA	15797888Q	Unha metade indivisa
MARÍA TERESA VAL DÁVILA	33250467B	Unha metade indivisa

O uso da unidade de enterramento esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal de Santiago de Compostela (BOP de A Coruña do 04.03.00) e as súas modificacións. Unicamente se autorizará o uso da unidade de enterramento por pedimento da maioría dos partícipes.

En caso de traslación de dominio por herdanza ou cesión deberá solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 28 de novembro de 2023

O CONCELLEIRO DELEGADO DE SERVIZOS
BÁSICOS COMUNITARIOS DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

O SECRETARIO XERAL
DO PLENO

Asdo.. Xesús M. Domínguez Domínguez
(Acordo Xunta de Goberno de Cidade de
Santiago de Compostela do 20.06.2023)

Asdo.. José Manuel González García



