

OTROS CONCEPTOS

web S/5880
 INERO (Var.): DE SU HERMANO Y SOBRINOS
 CERCAS

invel Dark Denis

PARQUEO	

Radio Estrada + Restos = 1 bus

Ver A Torre (Vista Alegre)

CARINA, ROLO, NOGUEIRA, BRANS, RAMALHO, LUCI, PLE

FALLECIDO: Maria Obidia Duarte ~~Almeida~~
 Fecha de fallecimiento 14 Noviembre 2024
 Domicilio M. Blanco - Urgencias
 Teléfonos: H^{da} del Caraca 653334690 E-mail:

CONCEPTOS				Servicio prestado
Arca modelo	C1	Medida	80x132	564
Capilla ardiente	Haulculo 7	Sala Prep.	Libro Si	530 53
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV		144
Carroza traslado	Hospital - Tanatorio			114
Prensa	Caraca 102 Uruenes			205
Radio	Radio 1 hoy jueves, Santiago y Estadio			130
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Radio 100			11137
Ómnibus acompañamiento				30
Turismo	Si id. 15:30 RECOSES en H. Clínico			
Certificado médico	Si	Registro Civil:	Santiago	3
Carroza		Personal		155 124
Ayunt.º: Sepultura	XPINELLO	RESTOS	BOLSA	190 1580
Iglesia	Sta. Mariana de Laja			
Incineración		Urna:	Campasa	60-70
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino		
Cantores	Si (Sus?)	Funeral:	Zacarias	140 (90105)
Flores	Caraca 40 Blanco Tus hermanas			140
	Caraca 40 Blanco Antena e Carmen			140
	Caraca 8 Blanco Nathan, Damian e Tago			80
	E-Laja			
Sudario	☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			22'60 22'10

FALLECIDO: Nombre María Oidia Duarte Iglesias D.N.I. Nº 33183052 D
id. de los padres Manuel y Carmen
Naturaleza Teo Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 05 - Junio 1936
Profesión 51 - Teo - A Coruña Estado Soltera Domicilio Lugar Remallosa - Luci
Fecha: 06 :15 horas del día 14 de Noviembre de 2024
Fallecimiento: Domicilio H. Clínico Santiago
Cementerio Sta. Mariña de Luci Ayunt.º Teo

Cónyuge: Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. María del Carmen Duarte García (sobrina) D.N.I. 76508772 P
domiciliado en Lugar Rollo - Sta. Cristina de Uea - A Estrada - Pontevedra.

LA SEÑORA
D/ña. María Oidia Duarte Iglesias "Maruja do Pesas"
Vecina de A Remallosa
falleció en _____ en el día de _____ a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos _____
sobrinos de casa Jose Antino, Maria de Carmen y Lecha Rivero
~~Hijos políticos~~ _____

Padres Ayuda: María Soledad Duarte García
~~Abuelos~~ _____
~~Padres políticos~~ _____
Hermanos Jose (ausente) y Jesus Duarte Iglesias

~~Hermanos políticos~~ _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si y familia Calvo Garamés
Primos Si
y demás familia.- Conducción y demás familia
Funerales _____
en la iglesia de Sta. Mariña de Luci
CASA MORTUORIA: Tanatorio Montouto Sala 2
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105600810

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
y con exercicio profesional enA CORUÑA
SANTIAGO DE COMPOSTELAColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151513382

1ª colegiación
1ª colegiación

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 OLIVERA
DUARTE
AGUIARFecha de nacimiento
Data de nacementoDía 05
Día 05Mes 06
Mes 06Año 1936
Año 1936Sexo:
Sexo:Varón ☐
VarónMujer ☒
MullerDocumento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número: 33183052-D

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ PasaporteNúmero: ☐
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 defunciónHora : minutos 06:15
Hora : minutos 06:15Día 14
Día 14Mes 11
Mes 11Año 2024
Año 2024

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular ☐
Domicilio particularCentro hospitalario ☒
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria ☐
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo ☐
Lugar de traballoOtro lugar ☐
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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SEPSIS RESPIRATORIA / URÉMICA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 ☐ 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 prótesis

En Santiago, a 14 de noviembre de 2014

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 ☐ ☐ 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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 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 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 excluyentes, 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, anotaranse 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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

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.



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 OVIDIA DUARTE IGLESIAS , con documento identificativo DNI, 33183052D según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 14 DE NOVIEMBRE 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 15 DE NOVIEMBRE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
15/11/2024 11:29

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:DFZ6-QXQ9-VQ2E-Bb8z

