## OTROS CONCEPTOS

entro 18 rosas rojas: Familia Pombo Vázquez ZEZ

1 centro var. mod 1 "Tus sobrinas" PAGADO TPV

1 corona 40 rosas bl. "Tus hermanos y tu cuñada Carmen" PAGADO TPV

FALLECIDO: Mª Lourdes ~~Sobr~~ Conde Vázquez ST-138

Fecha de fallecimiento 19-11-2024

Domicilio Casanova - Vidueido

Teléfonos: 679059719 E-mail:

Exp: D242771 34139 Adornos

| CONCEPTOS | Servicio prestado |
|---|---|
| Arca modelo C-1 Medida 1'9 | |
| Capilla ardiente BERTAMIRÁNS - 2 Sala Prep. Si Libro ~~Si~~ | |
| Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV | |
| Carroza traslado ~~Domicilio - Tanatorio~~ | |
| Prensa ~~Correo - 3.~~ | |
| Radio ~~Miércoles~~ y Jueves | |
| ~~Recordatorios fúnebres~~ / tarjetas ~~100~~ no | |
| Ómnibus acompañamiento | |
| Turismo id. Recogida 15:45 en Bedulido | |
| Certificado médico ~~Si~~ Registro Civil ~~Ames~~ | |
| Carroza Personal | |
| Ayunt.º: Sepultura Ames ~~Pinelo~~ | |
| Iglesia Santa Mª de Vidueido | |
| Incineración Urna: ~~Campana~~ | |
| Presencian ☐ SI ☐ NO Destino | 60 |
| Cantores ~~Ana~~ Funeral: ~~Zacarías~~ | |
| Flores (Cecilia) 1 Cojo: Esposo. | |
| 1 Cojo: Hija. | |
| 1 Cojo: Nieta y nieto político. | |
| 1 Centro 24 R. Blancas Bisnieto Ander. | |
| ☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento (encima caja) ☒ Rosario | |

JUEVES 16:00

FALLECIDO:

Nombre M.ª Lourdes Sande Vazquez D.N.I. Nº 33173407-R

id. de los padres Manuel. Elisa

Naturaleza Ames Provincia Coruña

Día, mes y año de nacimiento 29-7-1944

Profesión Estado Casada Domicilio Casanova 5

Vidueido

Fallecimiento:

Fecha: 23:30 horas del día 19 de noviembre de 2024

Domicilio Casanova 5 Vidueido

Cementerio Santa M.ª de Vidueido Ayunt.º Coruña

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

LA SEÑORA

D/ña. M.ª Lourdes Sande Vazquez

falleció en Casanova 5- Vidueido en el día de 19-11-2024 a los 80 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Jose Ramon Pereira Rufo.

Hijos M.ª del Carmen Pereira Sande

Hijos políticos no

Nietos: Maria Cancela Pereira

Padres Nieto político: Angel Seoane Gonzalez.

Abuelos Bisnieto: ~~[illegible]~~ Andre.

Padres políticos

Hermanos Maria Luisa, Manuel (+), Carmen (+), Maria, y

Andres Sande Vazquez.

Hermanos políticos Si

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales Iglesia

en la iglesia de Santa M.ª de Vidueido

CASA MORTUORIA: Apostol 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

no

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

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

Colegio de / *Colexio de* — Sello/*Carimbo*

105580865
Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
*CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. SILVIA Mª RODRIGUEZ ALVAREZ
*D. / Dna.*
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA con el número
*en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* , *co número*
y con ejercicio profesional en SANTIAGO - LA CORUÑA
*e con exercicio profesional en*

Colegio actual / *Colexio actual*
Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* 1501571 2L
1ª colegiación / *1ª colexiación*

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

**Nombre del fallecido/a:** / *Nome do falecido/a:* MARIA LOURDES
**1er Apellido del fallecido/a:** / *1er Apelido do falecido/a:* SENDE
**2º Apellido del fallecido/a:** / *2º Apelido do falecido/a:* VAZQUEZ

**Fecha de nacimiento** / *Data de nacemento* — Día / *Día* 29 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 1944 — **Sexo:** / *Sexo:* Varón / *Varón* — Mujer / *Muller* X

**Documento de identidad:** / *Documento de identidade:*
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33173407-R
- [ ] 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* 23:30 — Día / *Día* 19 — Mes / *Mes* 11 — Año / *Ano* 2024

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* X — 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) PARADA CARDIO-RESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) DETERIORO GENERAL — 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) NEO DE PANCREAS — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

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

HTA DM2 TEP — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

**¿Ha habido indicios de muerte violenta?** / ***Houbo indicios de morte violenta?*** — Sí / *Si* [ ] No / *Non* X

**¿Se practicó autopsia clínica?** / ***Practicouse autopsia clínica?*** — Sí / *Si* [ ] No / *Non* X

**¿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* X — Sí / *Si* [ ]
Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* X — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
*Continúa ao reverso*

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



Escaneado con CamScanner

**¿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 / *En* AMES, a / *a* 20 de / *de* NOVIEMBRE de / *de* 2024

**Firma del médico / *Sinatura do médico*** Lic. Silvia [illegible] Colegiado 15/159712

## 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* — debido a ↓ Horas 3 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

*(c) Pielonefritis crónica* — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

**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 ☐☐ Años ☐☐

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* — debido a ↓ Horas 3 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).*

*Exemplo: (b) Hipertensión arterial* — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

*(c) Pielonefrite crónica* — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

**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 ☐☐ Años 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 ☐☐ Años ☐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.*



Escaneado con CamScanner

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
SENDE
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
VAZQUEZ
NOMBRE / NOME
MARIA LOURDES
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
29 07 1944
IDESP
ARM153067
VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

SVM

DNI NÚM.
33173407R

Lourdes Sende

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
AMES
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / ELISA
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. CASANOVA 5
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
BIDUIDO
AMES
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPARM153067333173407R<<<<<<
4407294F9901018ESP<<<<<<<<<<<9
SENDE<VAZQUEZ<<MARIA<LOURDES<<

FALLECIDA

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
PENIDE
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
ARUFE
NOMBRE / NOME
JOSE RAMON
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
20 11 1943
IDESP
ARM153068
VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

PRJ

DNI NÚM.
11344212Z

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
AMES
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / DOLORES
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. CASANOVA 5
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
BIDUIDO
AMES
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPARM153068411344212Z<<<<<<
4311201M9901018ESP<<<<<<<<<<<1
PENIDE<ARUFE<<JOSE<RAMON<<<<<<

MINISTERIO DE JUSTICIA

registrocivil

# LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE AMES

EXPEDIENTE NÚM. **20241120/0012826** SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada la defunción de Dª. **MARIA LOURDES SENDE VAZQUEZ,** con Documento Identificativo DNI núm. 33.173.407-R, y con último domicilio conocido en Lugar Casanova nº5 en Biduido-Ames (A Coruña), España, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha del deceso el día 19 de Noviembre de 2024, a las 23:30 horas, ocurrida en su domicilio anteriormente indicado, en Ames (A Coruña):

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar el cadáver de la persona referida, una vez transcurran **doce horas** desde la hora de fallecimiento.

En Ames, a 20 de Noviembre de 2024.

| FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO | DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN | FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR | CARGO DEL FIRMANTE |
|---|---|---|---|
| 20/11/2024 11:49 | https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad | Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública | ENCARGADO |

RG:d$QU-$2Ge-wnpB-saap