

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: SACADINA VILLARVID DIEGUEZ
Fecha de fallecimiento 26-NOVIEMBRE-2024
Domicilio EDUARDO PONDAL, 26 (SUPERIORA)
Teléfonos: 629813043 INMUNUADA E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1 CRISTAL	Medida 1'9	
Capilla ardiente DOMICILIO (Pien. Alameda)	Sala Prep Libro NO	
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado CORREO - 2		
Prensa		
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo id.		
Certificado médico SI	Registro Civil: Santiago	
Carroza SI al complejo Familiar (San Fz de Amador)	Personal	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia CAPILLA DE LA COMUNIDAD		
Incineración SI JUEVES 17:30	Urna: BASICA	
Presencia SI ☐ NO	Destino CUSTODIA FAMILIAR	
Cantores	Funeral:	
Flores 1 CANTO F.V. "COMUNIDAD RELIGIOSA"		
1 CANTO 18 R.(B/R) "TUS HERMANAS Y FAMILIA"		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

Servicio: PIES, ALFOMBRA, ...

FALLECIDO: Nombre SALDINA VILLARVID DIEGUEZ D.N.I. N° 33794983-W
id. de los padres ALFREDO Y CARMEN
Naturaleza ANTAÍ DE ULLA Provincia LUGO
Día, mes y año de nacimiento 13 - SEPTIEMBRE - 1948
Profesión Estado SOLTERA Domicilio R/EDUARDO FONDA, 26-28
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 21:30 horas del día 26 de NOVIEMBRE de 20 24
Domicilio Su Domicilio
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL SANTIAGO Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. INMACULADA OLGA GARCIA MOREY (SUPERIORA) D.N.I. 32356255-Q
domiciliado en R/EDUARDO FONDA, 26-28 - SANTIAGO

D/ña. SALDINA VILLARVID DIEGUEZ ~~L SEÑOR~~ LA HERMANA

falleció en en el día de a los 76 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos COMUNIDAD RELIGIOSA;

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos IS IDA Y FELICERES VILLARVID DIEGUEZ

Hermanos políticos SI

Nietos Bisnietos 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

105604245

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
e con exercicio profesional en

LA CORUÑA
SANTIAGO

Colegio actual
Colexio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153604987

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

SALADINA

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:

VILLARAVIDA

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

DIEGUEZ

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 13
Día

Mes 09
Mes

Año 1948
Año

Sexo:
Sexo:

Varón ☐
Varón

Mujer ☒
Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:
Número:

33794983-W

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

21:30

Día 26
Día

Mes 11
Mes

Año 2024
Año

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

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO CIRCULATORIO DE CARÁCTER
Debido a / Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA
Debido a / Debido a

(c)
Debido a / Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ENFERMEDAD DE PARKINSON
Debido a / Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Si / Si

No / Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si / 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

Accidente laboral
Accidente laboral

No / Non

Fecha del mismo:
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/Existência de próteses

En SANTIAGO, a 26 de NOVIEMBRE de 2024

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 0 0 0 0 0
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 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 0 0 0 0 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

0 0 0 0 5
Horas Días Meses Años

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

0 0 0 0 1 0
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 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: "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 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

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 0 0 0 0 0
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 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 0 0 0 0 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

0 0 0 0 1 0
Horas Días Meses Años

II

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

0 0 0 0 1 0
Horas 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 SALADINA VILLARAVID DIEGUEZ , con documento identificativo DNI, 33794983W según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 26 DE NOVIEMBRE DE 2024 a las 21:30 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 27 DE NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
27/11/2024 12:01

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:SVfX-2ZaC-DfGQ-dB\$c

