

010.1

SAAN

Coop. (Talegha)

Teléfonos: 692142450 - Manuel E-mail:

Arca modelo	C-1	Medida	1,90
Capilla ardiente	CALO, 2	Sala Prep.	SI Libro SI

Gestión funeraria ~~SI~~ ☐ Tramitación UUVV

Carroza traslado ~~HOSPITAL~~ *HOSPITAL - TANATORIO*

[illegible]

Radio ~~X~~ Veces (Miércoles) 12.2

Recordatorios fúnebres / tarjetas ~~X~~

SAAN

64 DE DICIEMBRE DE 2024

221

100

Servicio pres	
---------------	--

100
99
98
97
96
95
94
93
92
91
90
89
88
87
86
85
84
83
82
81
80
79
78
77
76
75
74
73
72
71
70
69
68
67
66
65
64
63
62
61
60
59
58
57
56
55
54
53
52
51
50
49
48
47
46
45
44
43
42
41
40
39
38
37
36
35
34
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

1

FALLECIDO: Nombre MARIA TERESA NOENLE COBAS D.N.I. Nº 76487354 A
id. de los padres GUILLERMO / MANUELA
Naturaleza A BAÑA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 4 DE JUNIO DE 1949
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio LA IGLESIA, 29-CALO-TEO

Fallecimiento: Fecha: 00:15 horas del día 4 de DICIEMBRE de 2024
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. MANUEL FRAMIL CAO (ESPOSO) D.N.I. 33203942-S
domiciliado en LA IGLESIA, 29-CALO-TEO

LA SEÑORA

D/ña. Maria Teresa Noenlle Cobas
(Vecina de la Iglesia - Calo - TEO) (Natural de Ordoeste - A Baña)

falleció en _____ en el día de 4-12-2024 a los 75 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Manuel Framil Cao

Hijos Oscar Framil Noenlle

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Jose Manuel (+), Julio Noenlle Cobas.

Hermanos políticos Si

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos Si 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

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIDOS
NOENLLE
COBAS

NOMBRE / NOME
MARIA TERESA

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
04 06 1949

NÚMERO / NÚMERO
BAE112095 01 01 9999



DNI 76487354A

912896

DOMICILIO / DOMICILIO
LUGAR. LA IGLESIA 29
CALO
TEO
A CORUÑA

DOMICILIO / DOMICILIO
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
A BAÑA
A CORUÑA

HUJIA DE / FILOJA DE
GUILLERMO / MANUELA

IDESPBNE112095476487354A<<<<<
4906041F9901018ESP<<<<<<<<<2
NOENLLE<COBAS<<MARIA<TERESA<<<

FALLECIDA

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



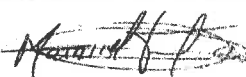
APELLIDOS / APELLIDOS
FRAMIL
CAO

NOMBRE / NOME
MANUEL

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
M **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
26 05 1953

NUM. DOCUMENTO **VALIDEZ / VALIDADE**
BMV109664 01 10 2030



DNI 33203942S

DOMICILIO : DOMICILIO
 LGAR. IGLESIA 29
 CALO
 TEO
 A CORUÑA
 LUGAR DE NACIMIENTO : LUGAR DE NACIMIENTO
 TEO
 A CORUÑA
 PADRE / MADRE
 ARTURO / MARIA

IDESPBMV109664433203942S<<<<<<
5305261M3010013ESP<<<<<<<<<<6
FRANIL<CAO<<MANUEL<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (esposo)



Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105463983

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

SIEN OLIVER

A CORUÑA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

con el número

co número

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

10337

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA TERESA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

NOENICE

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

COBAS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 04

Mes 06

Año 1999

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

76487354-A

Documento
de identidad:☐ 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

00:15

Día 04

Día 04

Mes 12

Mes 12

Año 2029

Año 2029

¿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 trabajo

Otro 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) FALLO RESPIRATORIO

6
Horas
Días
Meses
AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) METASTASIS PULMONARES

8
Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c)

Horas
Días
Meses
AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CANCER COLOR

8
Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas
Días
Meses
Años

¿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:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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 4 de Diciembre de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

6207143
DR. EVEN OLIVER
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 ☐ ☐ 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 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 excluíntes, 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 ☐ ☐ 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, anotarase 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 defunção. 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: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de D^a MARÍA TERESA NOENLLE COBAS, con documento identificativo DNI76487354A, según la certificación facultativa presentada que constata la fecha de la muerte el CUATRO de DICIEMBRE de 2024, a las 00:15 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 4 de diciembre de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
04/12/2024 13:11

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:TmuN-5QKQ-9DtU-SSv9

