

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: **MARIA DEL CARMEN ANTONIA ALVES MARTINEZ** **WCD** **ST: 81**

Fecha de fallecimiento **8. DICIEMBRE . 2024**

Domicilio **RUELA DE BERO, 3 - 1º** **9900**

Teléfonos: **696190410 NATALIA** E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1 Medida 19	
Capilla ardiente	MONTEJO - 3 Sala Prep. SI Libro SI	
Gestión funeraria	SI ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	DONICILIO - TRANSPORTO	
Prensa	X KOREO - 2	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	BOLETO Recoje 15:00 Iguazú San Fernando	
Certificado médico	SI Registro Civil: SANFINGO	
Carroza	Personal 1. Deposito	
Ayunt.º: Sepultura	SANTA CRUZ DE LA BARRA 2 BOLSAS	
Iglesia	SAN FERNANDO 3 TAPAS FINEL 2106	
Incineración	Urna: 1503 X ALCANCES	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino X Dobruvel	
Cantores	SI FELISA Funeral: D. FELIX MARIA 110 (91678)	
Flóres	14 CORONA RB: "TO HERMANO Y HERMANA FELIX"	
	1 CONCURS R.B: "Sobrinol x DEMÁS FAMILIA"	
	X Police Loop	

es ANDE

← Familia ALVES MARTINEZ

FALLECIDO: Nombre MARIA DEL CARMEN ANTONIA ALVES MARTINEZ D.N.I. Nº 33171786-J
id. de los padres ANTONIO Y MARIA
Naturaleza OLETOS Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 17 - SEPTIEMBRE - 1945
Profesión _____ Estado SOLTERO Domicilio RUELA DE BRUN, 3 - 12
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 12:40 horas del día 8 de DICIEMBRE de 2024
Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio SANTA CRUZ DE RIBADULLA Ayunt.º VEDRA

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. ANTONIO ALVES MARTINEZ (HERMANO) D.N.I. 33206529-A
domiciliado en RUELA DE BRUN, 3- 1º - SANTIAGO

D/ña. LA SEÑORA MARIA DEL CARMEN ALVES MARTINEZ
(VECINA DE SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de _____ a los 79 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

~~Su esposo/a~~ _____

Hijos _____

~~Hijos políticos~~ _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos ANTONIO ALVES MARTINEZ
' CUERADA '

Hermanos políticos ~~ANTONIO~~ NATALIA TORRES SANCHEZ

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos 80 Sobrinos 50 Primos _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO: PRIMER APELLIDO
ALVES

SEGUNDO APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO
MARTINEZ

NOMBRE Y APELLIDO
MARIA DEL CARMEN ANTONIA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
17 09 1945

IDENTIFICACION
A1H108123

VALIDEZ HASTA / VALIDO ATA
27 12 2020

ENM

33171786J

McE...

1. LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
 OLEIROS
 2. MUNICIPIO / MUNICIPIO
 A CORUNA
 3. NOMBRE DE LA FAMILIA
 ANTONIO / MARIA
 4. DOMICILIO / DOMICILIO
 RUEDA, BRION (DE) 0003 P01
 5. LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 6. PAIS / PAIS
 ESPANA
 7. CODIGO DE IDENTIFICACION
 15771L6D1
 8. IDENTIFICACION
 IDESPANH108123233171786J<<<<<<<
 4509176F2012272ESP<<<<<<<<<<<<5
 ALVES<MARTINEZ<<MARIA<DEL<CARM

FALLECIDA

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33206529A

33206529A

APellidos / Apellidos
ALVES
MARTINEZ

Nombre / Nombre
ANTONIO

SEXO / SEXO
M

FECHA DE NACIMIENTO / FECHA DE NACIMIENTO
ESP 20 06 1992

EXPIRACION / EXPIRACION
15 06 2022

NUM. DOCUMENTO
CCR160841

15 06 2032

NUM. DOCUMENTO
CCR160841

899392

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILIO
RUELA. DE BRION 3 P01
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

FECHA DE / FECHA DE
ANTONIO / MARIA

IDESPCCR160841133206529A<<<<<<
5206209M3206157ESP<<<<<<<<<<<<6
ALVES<MARTINEZ<<ANTONIO<<<<<<<

SOLICITANTE (HERMANO)

105584346

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 ; con el número
SANTIAGO ; co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153604787

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:

2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 17

Mes 08

Año 1945

Sexo:

Varón

Mujer Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

38171786-1

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

12 : 40

Día 08

Mes 12

Año 2024

Hora e data da defunción

Hora : minutos

12 : 40

Día 08

Mes 12

Año 2024

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

SANTIAGO

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO EN EL CORAZÓN DEBIDO A UN ATaque de Corazón
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) DEMENCIA SENIL
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Debido a/Debido a

¿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 Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿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 SANTIAGO, a 8 de Diciembre 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 ☐ ☐ 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 anota 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
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

Otras recomendaciones ☐ ☐ ☐ ☐ 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 defuncção 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 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 ☐ ☐ 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 o fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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.

Exemplo: Diabetes

Otras recomendaciones ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- 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 DEL CARMEN ANTONIA ALVES MARTÍNEZ, con documento identificativo DNI, 33171786J según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 08 DE DICIEMBRE DE 2024 a las 12:40 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 09 DE DICIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
09/12/2024 12:23

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:N3vp-jRSk-&tmr-4STX

