

OTROS CONCEPTOS

PAGADO

PAGADO

Centro FV Mod 2; B. Mercedes y Enrique •
Centro FV (Pod 1): "Alcira" (Alcira 699064385) • 7480.
Centro Mod 1: Enrique y familia Web • \$1655

CASAS GÓMEZ

1583

Web

S.F 8/17

FALLECIDO: BENEDICTA MASQUERA LINARES

Fecha de fallecimiento 4 de Diciembre de 2024

Domicilio H. Conxo - Santiago

Teléfonos: MARTINA - 654869229 E-mail:

Coop. Wau
2479129

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1 Medida 1'90	689
Capilla ardiente	Wau, 2 Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado	Hosp. Conxo - Transitorio Wau	
Prensa	X Correo - Modelo 2	200
Radio	X Los Miércoles	10744
Recordatorios fúnebres	X tarjetas Si (150)	
Ómnibus acompañamiento	No Pinele Zapida	280
Turismo	1 id. recoger en hospital Clínico	
Certificado médico	X Si Registro Civil: X Stgo	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Agropación: Wau (160) Pinele	120
Iglesia	Agropación Wau	60
Incineración	Urna:	60'00
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino X Campanero	
Cantores	X Suso Funeral: ZUCRIAS (RECORDERA Hosp.)	140 (91412)
Flores	CORONA 40: Tus PRIMAS LUIS y ENRIQUE (BLANCO) • CORONA 40: JAIME y MARTINA (BLANCO) • CORONA 40 R/B: Tus PRIMOS y SOBRINOS •	270 135
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

Nombre Benedicta Mosquera Liñares D.N.I. Nº 33070046-W
id. de los padres Manuel / Dolores
Naturaleza Teo Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 10 de Abril de 1931
Profesión --- Estado Soltera Domicilio Lugar Quintán
30, Luau

FALLECIDO:

Fecha: 3:00 horas del día 4 de Diciembre de 2024
Domicilio Hosp. Coma

Fallecimiento:

Cementerio San Mateo de Teo Agrupación Teo Ayunt.º Teo
Camposanto Luau

Cónyuge: _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

LA SEÑORA

D/ña. Benedicta Mosquera Liñares

vecina de Luau

falleció en Santiago de Compostela en el día de _____ a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su-esposo/a Vincente de Sufanilla

Hijos Marcelino Lou y Eufrasia Gómez Liñares. Jaime y Patricia

Carlos Gómez de la Sufanilla, Serafín Rodríguez.

Hijos políticos Jaime Casas y Eva González y sus hijos Antón y Lucía;

Martina Casas y Serafín Rodríguez.

Padres Sus primos: Lourdes, Pepe, Enrique, Reyes, Mercedes, Enrique, Rosa,

Abuelos: Carlos, Almudena, Fina, Mamodo, José Luis y Santiago, primos políticos

Padres-políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

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 _____



Benedict Chapman

EXPED. 18-02-2005 VAL. PERMANENTE
IDESP

Ministerio del Interior

9	NACIO EN	TEO	EL	10-04-1931	SEXO M-F
8	NACEU EN	A CORUÑA	O		
7	PROVINCIA	MANUEL / DOLORES			
6	PROVINCIA	LGAR QUINTANS LUOU 5			
5	HAUO / ADE	TEO			
4	FILLO / ADE	LOCALIDAD			
3	DOMICILIO	LOCALIDADE			
2	DOMICILIO	A CORUÑA	EQUIPO	15771L6D1	
1	DOMICILIO	PROVINCIA	EQUIPO		

ES
32832309



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
DNI 32832309Q

APellidos / Apellidos

CASA'S
GOMEZ

MORTGAGE / NONE
MARIANA MARTINA

5710 / 5810 NACIONALIDADE NACIONALIDADE
F ESP

EMISION / EMISION	VALIDEZ / VALIDEZ
16 07 2021	16 07 2031

NAME: SAPOANT
CAE137675



NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

838528

EQUIPO : EQUIPO
15381A6D1



6001 34

DOMICILIO/DOMICILIO
AVDA. HERCULES 83 P01 DR
A CORUÑA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO

A CORUÑA
A CORUÑA

FIGHA DE / FILHA DE -
JAIME / MARIA DOLORES

IDESP CAE137675932832309Q<<<<<<<<
7504172F3107162ESP<<<<<<<<<<D
CASAS<GOMEZ<<MARIANA<MARTINA<<

SOLICITANTE (SOBRINA)



OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105510303

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. I REA FERNÁNDEZ XOUE
D./Dña. UOLÉ CONCELA IREA A CORUÑA, con el número
en Medicina y Cirugía, colegiada/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiada/a
Nº de colegiada/a
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nombre do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día
Mes
Año
Sexo:
Varón
Mujer

Documento de identidad:
Documento
D.N.I.
Pasaporte
N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarxeta de Residencia)
Número:
Número:
Número:
Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos
Día
Mes
Año
¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?
Domicilio particular
Centro hospitalario
Residencia socio-sanitaria
Lugar de trabajo
Otro lugar

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

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) FALCOTMULTRICORCAHICAO
Debido a/Debido a

(b) Causas intermedias / Causas intermedias

ISVFEICIEBICIARESPIRATORIA
Debido a/Debido a

(c)

AGUCDIZACIGHDEEPCED
Debido a/Debido a

(d) Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

FISBROSABYTE
Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos

Si/ Si No/ Non
Si/ Si No/ Non

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?

Si/ Si No/ Non Si/ Si No/ Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/ Si No/ Non Si/ Si No/ Non

Accidente de tráfico No/ Non Accidente laboral No/ Non Accidente de tráfico Si/ Si Accidente laboral Si/ Si Accidente de tráfico

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

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/ Si ☐ No/ Non ☒

Enfermedad infecciosa/ Enfermidade infecciosa

Grupo/ Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/ Possibilidade de incineração

Si/ Si ☒ No/ Non ☐

Incineración condicionada por: / Incineração condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/ Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/ Tratamento con isótopos radioactivos

☐ Existencia de prótesis/ Existência de prótesis

En Santiago, a 4 de Diciembre de 2024

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Assinatura 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 ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ 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 ☐ 3 ☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ 3 ☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ 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 ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ 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 ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ 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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cumprimento 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: "Enfermedad o 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 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) Hemorrexia cerebral debido a ☐ 3 ☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

3 Causas intermedias:

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciña 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 ☐ 3 ☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ 3 ☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.

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.

02

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, ~~veinte~~ horas desde el momento de la muerte.

12

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, ~~veinte~~ horas desde o momento da morte.

12

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Reglamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago
Téndose inscrito no Rexistro Civil de Benedicta Masquera Linares
la defunción de don/a Benedicta Masquera Linares
a defunción de don/a Benedicta Masquera Linares
ocurrida a las 03:00

de diciembre horas del día 04
de diciembre de 2024 horas do día 04

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa del fallecimiento: causa natural

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcurridas as sean las ~~veinte~~ horas siguientes a la del fallecimiento. 12 horas

Registro Civil de Santiago
Rexistro Civil de Santiago

A 05 de diciembre
de 0 de diciembre 2024

(B. 1927)
X
(O XUNA)



