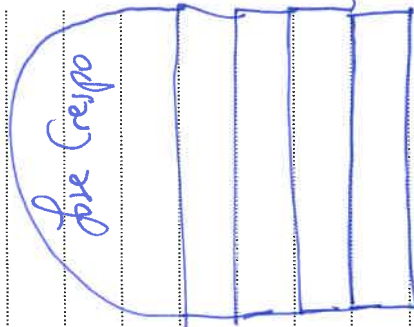


OTROS CONCEPTOS

24 RB Familia Sacher ^{web}
 102
 656931822
 103
 103



yo Manuel Castro Smaier

95, SAN ANDRES (O TERRON), UEDRA, A SUSANA, OIA, CACHERAS, PIENTEVEA

FALLECIDO: VICTORIA EUGENIA HERA NOVEIRA
 Fecha de fallecimiento 15 DE ENERO DE 2025
 Domicilio CIBRÁN, 18 - SAN JULIAN DE SALES - UEDRA
 Teléfonos: 678790056-Emilio E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	<u>C-1</u>	Medida <u>1'90</u>	
Capilla ardiente	<u>Montouto, 4</u>	Sala Prep. <u>Libro</u> <u>X Si</u>	
Gestión funeraria	<u>Si</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	<u>Domicilio - TANATORIO</u>		
Prensa	<u>Correo, 3</u>	<u>X Muñales</u>	
Radio	<u>16:30</u>	<u>X UEDRA</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>100</u>		
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id.		
Certificado médico	<u>X Si</u>	Registro Civil: <u>UEDRA</u>	
Carroza	Personal		
Ayunt.º. Sepultura	<u>Nicho Libre - Pinedo</u>		
Iglesia	<u>SAN JULIAN DE SALES</u>		
Incineración	Urna:		
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino <u>X CAMPANERO</u>	
Cantores	<u>ANISA FAMILIA</u>	Funeral: <u>X PISO</u>	
Flóres	<u>Corona Rosas Rojas: Tos. Añas e Añas Políticos</u>		
	<u>Corona Rosas Blancas: Tos. Añas e Añas Políticos</u>		

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

21:01
 T:4
 5 JULIAN DE SALES

FALLECIDO: Nombre VICTORIA EUGENIA MERA NOGUEIRA D.N.I. Nº 33135879 0
id. de los padres JESÚS / DOLORES
Naturaleza VEDRA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 01 / 12 / 1930
Profesión Estado VIUDA Domicilio CIBRAÑ, 18 - SAN JULIÁN DE SALES - VEDRA
Fecha: 21:00 horas del día 15 de ENERO de 2025
Fallecimiento: Domicilio CIBRAÑ, 18 - SAN JULIÁN DE SALES - VEDRA
Cementerio SAN JULIÁN DE SALES Ayunt.º VEDRA
Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo; Página
DECLARANTE D. ENRIQUE CASTRO MERA (HIZO) D.N.I. 33291488T
domiciliado en CIBRAÑ, 18 - SAN JULIÁN DE SALES - VEDRA

L SEÑOR

D/ña. VICTORIA EUGENIA MERA NOGUEIRA
(VIUDA DE MANUEL CASTRO GONZÁLEZ) (VECINA DE CIBRAÑ - SAN JULIÁN DE SALES - VEDRA)
falleció en en el día de 15/1/25 a los 94 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos 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



Victoria E. Kerg

Ministerio del Interior

33135879-D

VEDRA
A CORUÑA
JESUS / DO
LGAR SAN
CIBRAN
A CORUÑA

EL 01-12-1930

SEXO M-4
SE 10

JESUS / DOLORES

LGAR SAN JULIAN SALES CIBRAN 18

CIBRAN

EQUIPO 15771L6D1
EQUIPO

IDESP33135879D4<<<<<<<<<<<<<
3012017F9901018ESP<<<<<<<<<<6
MERA<NOGUEIRA<<VICTORIA<EUGENI

FALLECIDA

 REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD		
33291488T	DNI 33291488T	CMT 139606
APELLIDOS / APELIDOS CASTRO MERA		
NOMBRE / NOME EMILIO		
Sexo / SEXO M	Nacionalidad / NACIONALIDADE ESP	Nacimiento / NACIMENTO 12 03 1970
Emisión / EMISSÃO 28 10 2021		Validez / VALIDADE 28 10 2031
Número de Documento / N.º DO DOCUMENTO CAZ139606		
		910016

DOMICILIO/DOMICILIO
LGAR. SAN JULIAN SALES 18
CIBRAN
VEDRA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
VEDRA
A CORUÑA

HIJOA DE / FILLOA DE
MANUEL / VICTORIA

IDESPCAZ139606233291488T<<<<<<
7003125M3110289ESP<<<<<<<<<<3
CASTRO<MERA<<EMILIO<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105525649

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. CARLOS DAVID MIRAS BELLO, LICENCIADO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A CORUÑA

con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

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

151508677

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

VICTORIA EUGENIA

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

HERA

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

NOGUEIRA

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 01Mes 12Año 1930

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

33135879-DDocumento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

21:00Día 15Día 15Mes 01Mes 01Año 2025Año 2025

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

VEDRADomicilio 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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) FALLO MULTIORGÁNICO

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) DEMENCIA SENIL

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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

Sí/Sí ☐No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí ☐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/Sí ☐

Accidente laboral

Sí/Sí ☐

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 VEDRA, a 15 de ENERO de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

747854
DR. CARLOS DAVID
MIRAS BELLO

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 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 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 excluyentes, 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

Outras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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 VICTORIA EUGENIA MERA NOGUEIRA
, con documento identificativo DNI, 33135879D según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 15 DE ENERO DE 2025
a las 21:00 horas, acaecida en VEDRA

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 16 DE ENERO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
16/01/2025 10:59

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:VJNB-3&CW-J2CS-vTN2

