

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: HAIRA FEUSA SANTO SANCHEZ

Fecha de fallecimiento 25 - FEBRERO - 2025

Domicilio NIGRAIN

Teléfonos: 686.00.50.03 - CRISTINA E-mail: 680719180@gmail.com

CONCEPTOS

Arca modelo 0 Medida 1'90

Capilla ardiente CERVANTES Sala Prep. SI Libro Nº

Gestión funeraria SI ☐ Tramitación UUV

Carroza traslado Nigraín - Complejo

12:30 Prensa

Hiercoles Radio Nº

Recordatorios fúnebres / tarjetas —

Ómnibus acompañamiento —

Turismo Id. recoger en H. Conco 12:10

Certificado médico SI Registro Civil Nigraín

Carroza Personal

Ayunt.º: Sepultura

Iglesia Capilla Compañía

Incineración SI Urna: Bio

Presencia ☐ SI ☐ NO Destino

Cantores — Funeral: Juan Ventura

Flores

Capacho FV Mod 2 "Tu familia"

Blanca

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

Servicio pres

780

640

173

240

125

46

3

129

151

351

125

60

34

73

070217 7 0550

El día mes y año de nacimiento

24 DE FEBRERO DE 1944

Estado Vida Domicilio Nueva Nueva

horas del día 25 de FEBRERO de 2022

Residência Sérgio Belavista

CREMATÓRIO COMPLETO Apostol. Sant'Ines

Nombre.....

Tombo ; Pàgina

() (D.N.I.)

.....

0123456789101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657585960616263646566676869707172737475767778798081828384858687888990919293949596979899100

.....

700

Padres

Abuelos

Padres políticos

HERMANOS

HERNÁNDEZ, J. A. / Los dilemas de la política pública en México 1995-2000

Bisnietos Tios Sobrinos Primos

Tios Sobrinos Primos

Sobrinos

Primos

..... / 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



Colegio de

MEDICO

PONTEVEDRA

Colegio de

105742444

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. MARIA TORRES FERNANDEZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

PONTEVEDRA

con el número
co número

C.S. VAL MIÑOR

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiatura
Nº de colegiatura

362702169

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA FELISA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

SOUTO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

SANCHEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

24

Mes

Mes

02

Año

Año

1941

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller X

Documento
de identidad:

Documento
de identidade:

X D.N.I.
D.N.I.

Pasaporte
Pasaporte

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:
Número:

Número:
Número:

14373176-R

Número:
Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

12:00

Día

Día

25

Mes

Mes

02

Año

Año

2025

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

NIGRAN

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria X

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

Debido a/Debido a

Causas Intermedias³ / Causas Intermedias³

(b) DETERIORO ESTADO GRAL

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ADENOCARCINOMA DE RECTO

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

RETASTASICO

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(e) TIPO DELIRANTE

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

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

Si/Si

No/Non X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/Si

No/Non X

¿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 X
Si/Si

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non X
Si/Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día
Día

Mes
Mes

Año
Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem 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 com isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Nigeria, a 25 de Febrero de 2025
En _____, a _____ de _____ de _____

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 3
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 2
Días
Meses
Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2
Horas 2
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 10
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 preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com causa inicial ou fundamental, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo as palavras "debido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tan importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o começo de cada afeição e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) deve ser inferior ou igual a I.(b), e este a sua 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 mais dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o mais 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) Hemorragia cerebral debido a 3
Horas 3
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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a 2
Horas 2
Días
Meses
Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2
Horas 2
Días
Meses
Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduziram á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou a defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 10
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: Diabetes

Horas 5
Días
Meses
Años

Otras recomendacións

1. Enpregar 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.



LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE NIGRÁN
EXPEDIENTE Nº 20250226/003919 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª MARIA FELISA SOUTO SANCHEZ con Documento Identificativo DNI y Nº 14373176Q, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 25 de FEBRERO de 2025, a las 12:00 horas, acaecida en RESIDENCIA BELLAVISTA; SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas desde el fallecimiento.

En Nigrán a 26 de FEBRERO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
26/02/2025 11:54

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:FMGp-3vgx-g3Hn-TUTu

