

OTROS CONCEPTOS

0-116
SC-67

FALLECIDO: VICTORIA DIOS CAMPANA
Fecha de fallecimiento 26 DE FEBRERO DE 2025
Domicilio HOSP. CLINICO

Teléfonos: 628842439-ADELA E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>CA CRISTAL</u>	Medida <u>1,90</u>	
Capilla ardiente <u>DOMICILIO</u>	Sala Prep. Libro	
Gestión funeraria <u>SI</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>X HOSPITAL AL DOMICILIO</u>		
<u>JUEVES</u>	<u>NO</u> Instalación servicio	
<u>12:00</u>	Prensa	
	Radio <u>NO</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>		
Turismo id.		
Certificado médico <u>X SI</u>	Registro Civil: <u>SANTIAGO</u>	
Carroza	Personal <u>ENTERO CENIZAS VIERNES</u>	
Ayunt.º: Sepultura <u>BOISACA</u>		
Iglesia <u>EDUARDO PONDAL</u>		
Incineración <u>SI</u>	Urna: <u>SI</u>	
Presencian <u>X SI</u>	☐ NO	Destino
Cantores	Funeral: <u>X MISA COMUNITARIA</u>	
Flowers	<u>X CENIZAS</u>	
	<u>COMUNIDAD RELIGIOSA Y FAMILIA</u>	
	<u>RETIRAR CRISTAL PARA INCINERACION</u>	
☒ Sudario	☐ Cubredifuntos	☒ Acondicionamiento
		☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre VICTORIA DIOS CAMPAÑA D.N.I. Nº 35372589-S
id. de los padres SEVERIANO / PURIFICACIÓN
Naturaleza VALGA Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 15 DE MAYO DE 1932
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio EDUARDO PONDAL, 28
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 13:40 horas del día 26 de FEBRERO de 2025
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio CREMATÓRIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

L SEÑOR

D/ña. _____

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

Su esposo/a _____

Hijos COMUNIDAD RELIGIOSA Y FAMILIA

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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105503074

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Colegio

D./Dña. **ADRIANO QUIROGA CASTINEIRA**

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A CORUÑA

, con el número

en Medicina y Cirugía, colexiado/a en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151512893

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

VICTORIA

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apelido do falecido/a:

DÍOS

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

CAMPANA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día **15**

Mes

Mes **05**

Año

Año **1932**

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller ☒

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

35372589-5

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos **13:40**

Día

Día **26**

Mes

Mes **02**

Año

Año **2025**

¿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 traballo ☐

Otro lugar

Outro lugar ☐

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 inmediata² / Causa inmediata²

(a)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

(b)

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

(d)

PANCREATITE AGUDA GRAVE

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

(e)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(f)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

¿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:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem 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 COMPOSTELA, a 26 de FEBREIRO 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 0 0 0 0 0
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 0 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 0 0 0 0 0 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 00 Días 00 Meses 00 Años 5

II

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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 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: "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 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 0 0 0 0 0
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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 0 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefríte crónica

debido a 0 0 0 0 0 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

II

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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.

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
DIOS
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
CAMPANA
NOMBRE / NOME
VICTORIA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
15 05 1932
IDESP
AH0111306
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

Victoria Dios Campa

DNI NÚM.
35372589S



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
VALGA
PROVINCIA / PAÍS / PROVINCIA-PAÍS
PONTEVEDRA
HOJA DE / FOLHA DE
SEVERIANO / PURIFICACION
RUA. RAMON PINEIRO LOPEZ 11
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
VILAGARCIA
VILAGARCIA DE AROUSA
PROVINCIA / PAÍS / PROVINCIA-PAÍS
PONTEVEDRA

EQUIPO / EQUIPO
36961L6D1

IDESPAH0111306335372589S<<<<<<<
3205150F9901018ESP<<<<<<<<<<<<2
DIOS<CAMPANA<<VICTORIA<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS
GARCIA ASOREY
NOMBRE
INMACULADA OLGA
SEXO NACIONALIDAD
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO
03 02 1943
NÚM. DOCUMENTO VALIDEZ
DHE168817 01 01 9999

[Signature]

DNI **32356255Q** **572968**



C. FUENTE CHICA 17 PB
MADRID MADRID

LUGAR DE NACIMIENTO
LALIN
PONTEVEDRA

HOJA DE
BALDOMERO / DANIELA

IDESPBME168817632356255Q<<<<<<<
4302034F9901018ESP<<<<<<<<<<<<5
GARCIA<ASOREY<<INMACULADA<OLGA

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, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

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, vintecatro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos 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
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don
a defunción de don/a
ocurrida a las
ocorrida ás

13:40 horas del día
Febrero de 2025
Unifóseis

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:

do falecemento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las ~~veinticuatro~~ ^{DOCE} horas siguientes a la del fallecimiento.
~~vintecatro~~ horas do falecemento

Registro Civil de
Rexistro Civil de

A 26 de
O Febrero
de 2025

(E. J. 2)
10.11.2





2011



AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA



El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, SUPERIORA RELIGIOSAS TERCIARIAS FRANCISCANAS DIVINO PASTOR. ha satisfecho la cantidad de cuatrocientas cincuenta. pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para adquirir el derecho de propiedad de la sepultura en tierra de tercera clase del Cementerio municipal de Boisaca número 8, 11 y 12 .--

Por tanto, se concede a Superiora Religiosas Terciarias Franciscanas Misioneras Divino Pastor. el derecho de propiedad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el once de Julio de mil novecientos sesenta y uno. con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autorización de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.

En los casos de traslación de dominio por herencia, venta o donación, debe darse conocimiento a la Excmo. Corporación Municipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio

del Libro correspondiente.

Palacio municipal de Santiago de Compostela, a

cuatro

de Agosto

de mil novecientos sesenta y uno.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

El Alcalde, *[Firma]*

El Secretario, *[Firma]*

Título de propiedad de la sepultura en TIERRA de TERCERA clase del Cementerio municipal de BOISACA señalado con el número OCHO, ONCE Y DOCE (8, 11 y 12).

