

OTROS CONCEPTOS

NTN F.V. - Familia Nolas Ferrer (2022)
NTN F.V. - Familia Mario Perez (2022)
Subs. 18 R.B. San Cinto (Ana)
Entro: Pabla e Isabela (2022)

FALLECIDO: ~~Daniel Cao Golpe~~
Fecha de fallecimiento 28-3-2025
Domicilio 11 clinico - cabo - Apurón
Teléfonos: 679402203 E-mail:
Ta. 411 39 3660 0900
109-1025-0137
15011-109-1025-0137

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 1'90		
Capilla ardiente Sala 2 Bula	Sala Prep si	Libro Si	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV		
Carroza traslado Hospital - Tumbadora			
Prensa 16:30			
Radio viernes - 3			
Recordatorios fúnebres / tarjetas 100			
Ómnibus acompañamiento 100			
Turismo id.			
Certificado médico Si	Registro Civil: Santitapa		
Carroza si (.)	Personal 3		
Ayunt.º: Sepultura Amor	Pirelo Restos		
Iglesia San Jacinto de Apurón			
Incineración —	Urna: —	Campere 50.00	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	Funeral: 1+2	
Cantores 1000: Hermanos			
Flóres 1000: Hermanos políticos			
1000: Sabina y Sabina políticos			
1000: 240 blancos - bisabuelos			
Sudario 1000: 240 blancos	Cubredifuntos ☐	Acondicionamiento ☐	Rosario ☒

FALLECIDO: Nombre Daniel Cao Golpe D.N.I. Nº 76576526-B
id. de los padres Jose 1ª - Maria
Naturaleza Amr Provincia Courme
Día, mes y año de nacimiento 2-2-1960
Profesión Estado Libero Domicilio Cdo. Aporon

Fallecimiento: Fecha: 00:30 horas del día 28 de Marzo de 2025
Domicilio H. clinica
Cementerio San Lorenzo de Aporon Ayunt.º Amr

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

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

domiciliado en

D/ña. Daniel Cao Golpe L SEÑOR

falleció en Cdo. Aporon en el día de 2 a los 65 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos Manuel (+)

Padres políticos

Hermanos Mercedes (Viuda de José Viqueira Turner), Antonio
y Jose ~~Roberto~~ Golpe y Ramon (+) Cao Golpe.

Hermanos políticos Dolores Santos y 1ª Soledad Turner.

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Dolores Primos Políticos

y demás familia.- Conducción

Funerales Salado

en la iglesia de San Lorenzo de Aporon

CASA MORTUORIA: aportu. 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado



CAO
GOLPE

NOMREE / NOME

DANIEL

SEXO / SEXO

SE
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO

02 02 1960

WILEY-BLANKET

VALIDEZ / VALIDEZ

BFW131193 18 01 2028

01W151179

[Signature]

887104

PNI 76516526B

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. CALO 4

AGRON
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO

AMES
A CORUÑA

HUJOIA DE / FELLOIA DE
JOSE MARIA / MARIA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPBFW131193876516526B<<<<<<
6002028M2801186ESP<<<<<<<<<7
CA0<GOLPE<<DANIEL<<<<<<<<<<<<



CAO
GOLPE

NONERE / NONE
JOGE MARIA

SEX : SEXO

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

N

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO

21 10 1953

NUM SUPPORT

VALIDEZ / VALIDEZ

BHE191581 20 06 2028

DNF 33210860X

133504

DOMICILIO / DOMICILIO:
LGAR. TRASMONTE 25

REINO
AMES
A CORUÑA

(LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO)

BRION
A CORUÑA

FUJOA DE / FILLOIA DE
JOSE MARIA / MARIA

EQUIPO / EQUIPO
5771L6D1

IDESPBHE191581733210860X<<<<<
5310212M2806206ESP<<<<<<<<<4
CAO<GOLPE<<JOSE<MARIA<<<<<<<<



https://certificados.cgcom.es

RDYHFXDSG5

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

104759603

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARISA CATALAN LINANANA
D. / Dna.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, con el número
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en HOSPITAL CLÍNICO SANTIAGO, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151513869

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:

DANIEL

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

CAO

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

GOLPE

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 02

Mes 02

Año 1960

Sexo:

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

Número:

76516526-B

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos

00 : 30

Día 28

Mes 03

Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SEPSIS ABDOMINAL

Horas Días Meses Años Horas Días Meses Años II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas Días Meses Años Horas Días Meses Años

¿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 Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Año Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Si ☒ 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 28 de Marzo de 2025

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ 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 defunção se comece pela **causa imediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dizer, 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 transcorrido 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- 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 DANIEL CAO GOLPE
, con documento identificativo DNI, 76516526B según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 28 DE MARZO DE 2025
a las 00:30 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 28 DE MARZO DE 2025

