OTROS CONCEPTOS

Ramo 18 R. Blancos y Rojas: Familia Leiro •

FALLECIDO: Mª Carmen Vázquez Andrade ST: 32

Fecha de fallecimiento 7-3-2025

Domicilio Residencia Pontevea - Teo

Teléfonos: 606947002 E-mail:

Sistema 109-2025 LA FE → 360 Nº 10634

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C1 Medida	
Capilla ardiente X APÓSTOL 2 Sala Prep. SÍ Libro SÍ	
Gestión funeraria SÍ ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X Residencia - Tanatorio	
Prensa X Correo - 3 (Por bus)	
DOMINGO 16:30 Radio Sábado - Domingo	
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~ X ~~100~~ 50	
Ómnibus acompañamiento No	
Turismo 16:00 id. RECOGER CURA EN IGLESIA	
Certificado médico X Sí Registro Civil: X TEO	
Carroza SÍ (X) Personal X SÍ	
Ayunt.º: Sepultura Abanca X Pinelo	
Iglesia X Santa Mª de Trobaxende	
Incineración — Urna: X Campanario →	
Presencian X ☐ SI ☐ NO Destino D. Maximino ZRZ	
Cantores X ANA Funeral: X 1+2	
Flores 1 Coro: Hijo • 1 Coro vecinos • 1 Coro Hija pública • 1 Cruz 24 R. Blancos E. Cajón: Sin cinta •	
☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario (Por bus)	

FALLECIDO:

Nombre Mª Carmen Vazquez Andrade D.N.I. Nº 33126773-B

id. de los padres Juan - María

Naturaleza A Baña Provincia Coruña

Día, mes y año de nacimiento 19-11-1933

Profesión Estado Soltera Domicilio Residencia

Puenteareas. Teo

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 7 de Marzo de 2025

Domicilio Residencia Puenteareas

Cementerio Santa Mª de Troitosende Ayunt.º A Baña

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

D/ña. LA SEÑORA Mª Carmen Vazquez Andrade

falleció en Troitosende - A Baña en el día de 7-3-2025 a los 91 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Manuel Vazquez Andrade

Hijos políticos Mª del Carmen Bujan Castro

nietos: Daniel (+) y Sonia Vazquez Bujan

Padres

Abuelos

Padres políticos Demas familia

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales Domingo 16:30.

en la iglesia de Santa Mª de Troitosende

CASA MORTUORIA: Apartal 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
VAZQUEZ
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
ARDIONS
NOMBRE / NOME
MARIA CARMEN
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
19 11 1933
CLAVE
AB/138738
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

VRM

DNI NÚM.
33126773B

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
A BAÑA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JUAN / MARIA
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. TROITOSENDE 4
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
QUINTANS
A BAÑA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPABX138738633126773B<<<<<<
3311190F9901018ESP<<<<<<<<<<<9
VAZQUEZ<ARDIONS<<MARIA<CARMEN<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33256758T

DNI 33256758T

APELLIDOS / APELIDOS
VAZQUEZ
ARDIONS
NOMBRE / NOME
MANUEL
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACEMENTO
M ESP 13 08 1961
EMISIÓN / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
09 03 2022 09 03 2032
NUM SOPORTE
CBS175571

900032

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
TSIA. PEREGRINA 8 P01 B
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
A BAÑA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / MARIA CARMEN

IDESPCBS175571533256758T<<<<<<
6108137M3203097ESP<<<<<<<<<<<2
VAZQUEZ<ARDIONS<<MANUEL<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — Sello/*Carimbo*: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105723091

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* FERNANDO MAYO FERREIRO, DOCTOR

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número / *, co número* 15150762 3

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*

1ª colegiación / *1ª colexiación*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** MARÍA CARMEN

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** VAZQUEZ

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** ARDIONS

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 19 — Mes / *Mes* 11 — Año / *Ano* 1933

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* ☐ — Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33126773-B
- ☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos* 19:30 — Día / *Día* 07 — Mes / *Mes* 03 — Año / *Ano* 2025

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

- Domicilio particular / *Domicilio particular* ☐
- Centro hospitalario / *Centro hospitalario* ☐
- Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* ☒
- Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* ☐
- Otro lugar / *Outro lugar* ☐

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

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

Intervalo de tiempo aproximado[1] / *Intervalo de tempo aproximado[1]*

I. Causa inmediata[2] / *Causa inmediata[2]*

(a) PARADA CARDIO-RESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / *Causas intermedias[3]*

(b) INFECCION RESPIRATORIA INSUFIC IENCIA RESPIRATORIA INSUFRENAL — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental[4]*

(d) DETERIRO COGNITIVO INSUFICIENC IA CARDIACA FA. ICTUS — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / *Outros procesos[5]*

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso / *Continúa ao reverso*

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 TEO, a 07 de MARZO de 2021
En , a de de

Firma del médico
Sinatura do médico

Dr. F. MAYO FERREIRO
COLEGIADO Nº 7623
LA CORUÑA

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 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

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

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **causa Inmediata** 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 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(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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 ↓ Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 *Outros procesos:*

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

Outras recomendacións

1. *Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.*
2. *Evitar abreviaturas e/ou siglas.*
3. *Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.*
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.

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** Santiago de Compostela
la defunción de don / **a defunción de don/a** María Carmen Vázquez Ardizana
ocurrida a las / **ocorrida ás** 19:30
horas del día / **horas do día** 7
de / **de** Marzo **de** / **de** 2025
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa / **segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:** / **do fallecemento**
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 horas siguientes a la del fallecimiento.** / **vintecatro horas do fallecemento**
Registro Civil de / **Rexistro Civil de** Santiago de Compostela

A / **O** 8 **de** / **de** Marzo
de / **de** 2025

(El Juez)
(O xuíz)

Letrado de la Administración de Xustiza do Xulgado de Instrucción Nº 3
FÉ PÚBLICA XUDICIAL
SANTIAGO DE COMPOSTELA