

OTROS CONCEPTOS

PACADO

Simple Web

18TB: Recuerdo de la abuela Plote Web

SPA

SCAN

WEB

ST-257

ST-26

FALLECIDO: DOLORES BREA SILVA

Fecha de fallecimiento: 10 DE ABRIL DE 2025

Domicilio: AGOSO, 13 - OZA - TEO

Teléfonos: 650200200 Fernando E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1 CERRADA	Medida 1,90 1100
Capilla ardiente	T. MONTEJO, 3 Sala Prep. 81 Libro X Si	SSG 54 28'25
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUW	173
Carroza traslado	DOTICILIO AL TANATORIO	107
	CORREO 3	375
Prensa	X VIOL	
Radio	X VIOL	114'88
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X VIOL	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	Si id. RECOGER A JOSEPH A LAS 16:15	
Certificado médico	X Si TEO	3
Carroza	2 coches	198'50 198
Ayunt.º: Sepultura	OZA X Viola	
Iglesia	OZA	
Incineración	Urna: CAMPANERO X Manuel	60
Presencia	☐ SI ☐ NO	
Cantores	Si X Suso Destino: SACRISTAN X 70	
	Funeral: Si X JOSEPH	140 (161'40)
Flores	FAMILIA	
	ENTREGAR DNI Fallecida + T. Sanitaria	34'70 73'50
	☒ Sudario ☐ Cubrefúnebres ☒ Vestir ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

PROPIEDAD FAMILIA BREA SANTOS

(Final del cementerio, lateral derecho - nuevos)

← AQUÍ LIBRE

FALLECIDO: Nombre DOLORES BREA SILVA D.N.I. Nº 33173384-R
id. de los padres MANUEL Y MANUELA
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 16 DE ENERO DE 1941
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio AGOSO, 13 - OZA - TEO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 00:15 horas del día 10 de ABRIL de 2025
Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio OZA Ayunt.º TEO

Cónyuge: Nombre —

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. FERNANDO BREA SILVA (HUJO) D.N.I. 33256891-H
domiciliado en AGOSO, 13 - OZA - TEO (A CORUÑA)

L SEÑOR
D/ña. DOLORES BREA SILVA
(VECINA DE AGOSO - OZA - TEO)

falleció en _____ en el día de 10/4/25 a los 84 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos FERNANDO BREA SILVA

Hijos políticos A CARMEN SANTOS NOGUEIRA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos RITA (+), JOSÉ, AURORA (+), CARMEN E ISABEL (+)
BREA SILVA

Hermanos políticos SI

ADIEGO Y NOELIA BREA SANTOS

Nietos _____ Bisnietos ALICIA Tíos ✓ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción VIERNES

Funerales _____

en la iglesia de OZA (TEO)

CASA MORTUORIA: T. MONTOUTO, 3

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

NIETOS POLITICOS: SANDRA LORENZO Y PABLO SOAR



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105526664

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARIA SOL OLIVEIRA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en PONTEVEDRA, con el número

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en CALO - TEO, co número

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

363605511

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 16

Mes 01

Año 1941

Sexo:

Varón

Mujer Muller

Documento de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

Número:

33173384-2

Documento de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

00:15

Día 10

Día

Mes 04

Mes

Año 2025

Año

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

TEO

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SEPSIS URINARIA

Horas Días Meses Años

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCIÓN URINARIA

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

HTA - OBESIDAD - DISLIPEMIA - IRC - DEMENCIA

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

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Accidente de tráfico

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/Si

Data do mesmo:

Día

Mes

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 CALU, a 10 de ABRIL de 2025
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

748255/
DRA. M. SOL OLIVEIRA
RUZO 36/05511.9

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

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.

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.

Ejemplo: (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).

Ejemplo: (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. Anótase 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 ☐ ☐ 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: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de DOLORES BREA SILVA
, con documento identificativo DNI, 33173384R según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 10 DE ABRIL DE 2025
a las 00:15 horas, acaecida en TEO.

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 11 DE ABRIL DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
11/04/2025 11:01

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia-gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:n95b-BQaz-RChd-JvkU

