

FALLECIDO: Nombre JOSEFINA LAMEIRO VÁZQUEZ D.N.I. Nº 33155364-J
id. de los padres JOSE Y MARIA MANUELA
Naturaleza BRION Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 4 DE AGOSTO DE 1943
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio MOLDES, 6 - LUANA - BRION (A CORUÑA)
Fecha: 11:00 horas del día 27 de ABRIL de 2025
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL CLINICO
SANTIAGO (A CORUÑA)
Cementerio CREMATORIO COMPLETO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: Nombre GILBERTO CES LORENZO
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

L SEÑOR
D/ña. JOSEFINA LAMEIRO VÁZQUEZ "FINA"
(PROPIETARIA PARRUQUERÍA ARGENTINA)
falleció en (VECINA DE MOLDES - LUANA - BRION) en el día de 27/4/25 a los 81 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a GILBERTO CES LORENZO
Hijos LUIS Y NOEMI CES LAMEIRO

Hijos políticos MARIA BEGIRA TOJO Y FRANCISCO JOSUE LOPEZ

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos _____

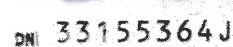
Hermanos políticos SI
BRUNO, GERMAN, RODRIGO, A

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____
y demás familia - Conducción LUNES
Funerales _____
en la iglesia de CAPILLA COMP
CASA MORTUORIA: SNA CER
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado
ENTIERRO MUELDES POR LA TARDE
DECENIZAS

CAPILLA (CERV)- INCI
SALIDA ENTIERRO: 18.30
SALIDA PERSONAL: 18.15
CHECHI
GARCÍA
MOISÉS

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Ima

1577

HUJOA DE / FILLOA DE
JOSE / MARIA MANUELA

IDESPBFM192286433155364J<<<<<<
4308047F9901018ESP<<<<<<<<<9
LAMEIRO<VAZQUEZ<<JOSEFINA<<<<<

FALLECIDA

PRIMER APELLIDO: PRIMER APELLIDO
CES
SEGUNDO APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO
LAMEIRO
NOMBRE: NOME
NOEMI
SEXO: SEXO NACIONALIDAD: NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO: DATA DE NASCIMENTO
14 04 1969
IDEMP
ATC110410
VALDEZ VALDEZ
12 08 2025

DNI NUM.
33284426E



A CURUNA

157711601

1DESPA1C110410033284426E<<<<<<
6904144F2508120ESP<<<<<<<<<0
CES<LAMEIRO<<NOEMI<<<<<<<<<<<<

DECLARANTE (HUA)

105463790

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. CARMELA RODRÍGUEZ LÓPEZ
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en HOSPITAL CUNILLO SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
152865964
Colegiación
Colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSEFINA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: LAHEIRO
1er Apelido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: VARQUE
2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 04 Mes 08 Año 1943
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33155364-J
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 11:00 Día 27 Mes 04 Año 2025
Hora : minutos Día Mes Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA
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) ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS
LOCALMENTE AVANZADO
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Si/ Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/ 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 Si/ Si ☐ Accidente laboral Si/ Si ☐

Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día Mes Ano

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 SANTIAGO, a 27 de ABRIL de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

7164251
UNA CARMELA MORALES
FIRMA

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 pola **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 defunção: "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) Hemorragia 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. 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 ☐ ☐ 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.

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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



J

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSEFINA LAMEIRO VÁZQUEZ , con documento identificativo DNI, 33155364J según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 27 DE ABRIL DE 2025 a las 11: 00 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 ABRIL DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
28/04/2025 12:13

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:T7n9-GsRw-Rf8u-Pxx&

