

OTROS CONCEPTOS

ENTERO (Var.) BELLEZA: **PAGADURAS** FRANCISCO BALSA

S638

FALLECIDO: **Stela Hernandez Valle**

21-5-25
SI-239

Fecha de fallecimiento: **12-5-2025**
Domicilio: **Residencia San Mateo de**

Teléfonos: **587053360** E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	CI	Medida	180
Capilla ardiente	Pláticas	Sala Prep.	SI Libro SI
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	Residencia - Completo		
Prensa	Arco 3		
Radio	Hay 3 Manos		JUEVES 15 GRACIAS
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100		
Ómnibus acompañamiento	100		
Turismo	12:30 - 16:30 hrs en S. Fdo - Estación Chayón		
Certificado médico	SI	Registro Civil:	NO
Carroza	SI (1)	Personal	SI
Ayunt.º: Sepultura	Chayón	Pinto (Resgado local)	
Iglesia	Capilla - Completo		
Incineración		Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	NO 12 (datos mil) 60 (103454)
Cantores	Are	Funeral:	NO
Flóres	Hay: Hermanos y H. Prácticas		
	Hay: Sobrinos y sobrinas políticas		
	Hay: H. Nuevos: Prácticas		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			

FALLECIDO: Nombre Orilia fernandes Mallo D.N.I. N° 76273117-K
id. de los padres Indes. Alcará
Naturaleza Trato Provincia Cauque
Día, mes y año de nacimiento 2-10-1942
Profesión Procurador - Estado viuda Domicilio Residencia Los

Fallecimiento: Fecha: 06:45 horas del día 12 de Mayo de 2015
Domicilio Residencia Los Procuradores - Chelavico - Teo
Cementerio Santa Mª de Chelavico Ayunt.º Trato

Cónyuge: Nombre Cargo en eta.
LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. ES05 0081 2144 1600 0612 7323 D.N.I.
domiciliado en

D/ña. Orilia fernandes Mallo Lº SEÑOR E
Ciudad de Manuel Murguía Barreiro
falleció en Santiago de Cuba en el día de 12-5-2015 a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a
Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Rosalia (+), Josefa (+), Maria (+), Jose (+), Julia (+)
Sara y Manuela y Antonio (+) fernanda Mallo

Hermanos políticos Si

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción Bisabuelas

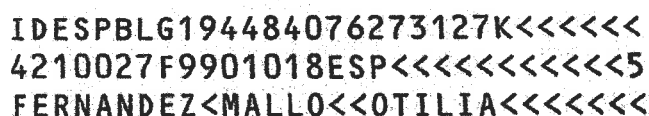
Funerales Montes 12:00

en la iglesia de Capilla Complejo

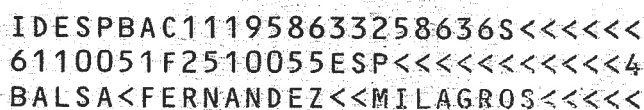
CASA MORTUORIA: Complejo Apostol

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



FALLECIDA



DECLARANTE (SOBRINA)



Colegio de

Colegio de

105704657

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A Coruña

Santiago de Compostela

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514379

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

OTILIA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

FERNANDEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

MALLO

Fecha de nacimiento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

76273127-K

Documento

de identidad:

☐

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 : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

¿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

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

(c) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) FALLO MULTIORGÁNICO

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?

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

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Accidente de tráfico

Sí/Sí

Accidente laboral

Sí/Sí

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 Tee, a 12 de mayo 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 45 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 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 2 Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 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 Días Meses Años 5

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 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 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 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 45 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 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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Meses Anos

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 10

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 5

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de OTILIA FERNÁNDEZ MALLO, con documento identificativo DNI 76273127K, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 12 de mayo de 2025, a las 06:45 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 , 12 de mayo de 2025.





CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

A presente certificación literal expediuse coa autorización prevista no art. 81 da Lei do Rexistro Civil e contén o teor literal do/s asento/s solicitado/s que se transcriben nos seguintes parágrafos, segundo resulta/n dos datos que constan no rexistro individual da persoa que figura en dito/s asento/s. Declárase que a presente certificación só dá fe das circunstancias que indica a Lei 20/2011 para cada feito ou acto que se comprende no asento ou asentos aos cales esta se refire a mesma (artigos 44.2, 59.5, 62.1 da Lei 20/2011, do 21 de xullo, do Rexistro Civil).

ASENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asento: **1747066995269**

Data Inscripción Rexistro Electrónico de Seguridade: **12/05/2025 18:23**

Código persoal do rexistro individual do inscrito: **3MV4C2VPN00076273127K**

DATOS DE IDENTIDADE DO/DA INSCRITO/A. (8-6) Nome: **OTILIA** (7-6) Primeiro apelido: **FERNÁNDEZ** (7-6) Segundo apelido: **MALLO**, (8-6-1) Fillo/a de **ANDRÉS** (8-6-2) e de **MARÍA**, (3-4-1) Sexo: **MULLER** (4-1) Estado: **VIÚVO/A** (6-1) Nacionalidade: **ESPAÑA** Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **76273127K**.

(2-4-2) Nacido/a en: **TRAZO** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Data: **02/10/1942**

(2-1-2) Domicilio último: **LUGAR FEROS - CACHEIRAS Nº: 53** (2-1-3-2) Lugar: **TEO** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

A inscrición practícase en virtude de: **DECLARACIÓN** realizada por **JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ** con Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **33200436M** segundo consta no expediente nº **20250512/032572** do Rexistro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **06:45** (9-9) Día: **12/05/2025** (2-6) Lugar: **SU DOMICILIO** Poboación: **TEO** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

O soterramento será en: **CEMENTERIO DE SANTA MARÍA DE CHAYÁN** (2-1-3-2) Poboación: **TRAZO** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DO ASINANTE:

Nome e apelidos: **EVA BERNARDEZ PEREIRAS**

En calidade de: **ENCARGADO/A**

Data de sinatura: **12/05/2025 18:23**

E para que conste e produza os efectos oportunos, emítese o presente certificado literal do Rexistro Civil.



