

OTROS CONCEPTOS

ENTRO (Voz) **PAGADO** **simul. 953**
 SOPROA (VO R B) **PAGADO** **TPV** **598**
 Micro TV, Manuel Tejada **P. Margenda** **Sucres** **TPV** **598**

ST:87

FALLECIDO: **Amplios Sander Coto**

Fecha de fallecimiento **23-1-2025**

Domicilio **11. conxo**

Teléfonos: **00 1781 512 6454** E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Medida		
Capilla ardiente BERTAMUNUS 3	Sala Prep.	Libro Si	
Gestión funeraria Si		☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado HOSPITAL CONXO - TANAT. APÓSTOL			
50€	Prensa NO		
17:15	Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO			
Ómnibus acompañamiento NO			
Turismo id.			
Certificado médico Si	Registro Civil Santiago		
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura Panteo Comba Carlos Riveiro 114			
Iglesia San Felix de Freixo (18hs)			
Incineración	Urna:		
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino		
Cantores SAVIER	Funeral: A O Javier (S. Comba) 10 (15:28)		
Flores Coa: Tu Hija llorando y familia			
	Coa: Pepe y familia		
	Coa: Votos y Vinieta		

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

Pies + CARRO EN CEMENTERIO

FALLECIDO: Nombre Angelica Sanchez Coto D.N.I. Nº 52472200-T
id. de los padres Ramon - Marcela
Naturaleza A Estrada Provincia Pontevedra
Día, mes y año de nacimiento 29-6-1932
Profesión 2ª A. Bertamirán Estado viuda Domicilio Rua pequena p.u.c.
Fecha: _____ horas del día 23 de Julio de 2025
Fallecimiento: Domicilio H. Comxe
Cementerio San Felix de Freixo Ayunt.º Santa Comle
Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. Angelica Sanchez Coto L SEÑOR
viuda de D.º Garcia Paredes
falleció en Bertamirán - Ames en el día de 23-7-2025 a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos (morts) y Manuel Garcia Sanchez, Jose Nello

Hijos políticos Carmen Alaraz Taysin Garcia y Manuel Recarey (+)
Nieto: Shellar, Marcel Isaac, Juan Jose, Carolina, D.º Jose

Padres _____
Abuelos Nieto: Eric Christopher, D.º
Padres políticos _____
Hermanos Laurentino Sanchez

Hermanos políticos Si

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción Jueves 17:15
Funerales Jueves 18:00
en la iglesia de San Felix de Freixo
CASA MORTUORIA: Postal 3
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

FO



SOLICITANTE (HIJO)

105648435

Colegio de

MEDICO

PONTEVEDRA

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. Patricia M. del P. Casado

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña

y con ejercicio profesional en Santiago

, con el número
, co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151514608
1ª colegiación
1ª colegiación

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

Día 29

Mes 06

Año 1932

Sexo:

Varón

Mujer ☒

Data de nacemento

Día 29

Mes 06

Año 1932

Sexo:

Varón

Muller ☒

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

Número:

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día 23

Mes 07

Año 2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día 23

Mes 07

Año 2025

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

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario ☒

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo
Lugar de trabajo

Otro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) COLANGITIS COL COLEDOCOCLITIS
Debido a/Debido a

(c) INFECCIÓN URINARIA
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ESTROFOSIS NÓRTICA SEVERA
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA
Debido a/Debido a

¿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 de tráfico Sí/Sí

Accidente laboral No/Non ☒
Accidente laboral Sí/Sí

Fecha del mismo:
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

Prótesis de Rodilla Derecha

En Santiago, a 23 de Julio 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 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: "Enfermedade 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 excluyentes, 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, anotarase 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) Enfermedade 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 ☐ ☐ 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

- 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 ÁNGELICA SÁNCHEZ COTO
, con documento identificativo DNI, 52472200T según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 23 DE JULIO DE 2025
a las 09:20 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 24 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
24/07/2025 10:12

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:vpv2-XXeM-WSKP-qCYg

