

OTROS CONCEPTOS

TPV
ENTRO (var 2) BELLEJ: CARMEN DIARTE DEL
RÍO E RÍOS

FALLECIDO: Victor Fernandez Del Rio
Fecha de fallecimiento: 7-10-2025
Domicilio: Castello n° 25 - Pines
Teléfonos: 684533310 - 591-78689
E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	
Capilla ardiente	Sala Prep. <u>si</u> Libro	
Gestión funeraria	☒ <u>si</u> ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	<u>HOSP. CONVO - TANAT. AGOSTOL</u>	
<u>WEDNES</u>	<u>Correo - 2</u>	
<u>17:30</u>	<u>Radio</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>100</u>	
Ómnibus acompañamiento	<u>Inscripción x bus</u>	
Turismo	<u>id. TAXI LITA</u>	
Certificado médico	<u>Registro Civil: XANTICOG</u>	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	<u>Pinelo</u>	
Iglesia	<u>Santo Tomas de</u>	
Incineración	Urna: <u>Campanero 100 - 700</u>	
Presencia	☒ <u>si</u> ☐ NO Destino	
Cantores	<u>FEUSA</u>	
Floras	<u>1+2 (100) 170 (113126)</u>	
	<u>1000 - Hiver Hiver politico</u>	
	<u>1000 - Hiver politico</u>	
	<u>1000 - Bismite</u>	

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Virtudes Fernandez del Rio D.N.I. Nº 33788205-A
id. de los padres Jesus y Concepcion
Naturaleza Amaz Provincia Columbe
Día, mes y año de nacimiento 30-9-1948
Profesión Estado Vudu Domicilio Cartelo 25- Amaz

Fallecimiento: Fecha: 00:15 horas del día 7 de octubre de 2025
Domicilio H. Conato
Cementerio Santo Tomas de Amaz Ayunt.º Amaz

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.
domiciliado en

D/ña. Virtudes Fernandez del Rio L.P. SEÑOR R
Cujada de Jose Benedicto del Rio Micas
falleció en Cartelo- Amaz en el día de 7-10-2025 a los 76 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Jesus y Concepcion del Rio Fernandez

Hijos políticos H.º del Sr. Manuero Bucota
Nieto: ~~Benjamin~~ Amanda, Fernando y Monte

Padres Nieto politico: Miguel Vilalta

Abuelos Bisnietos: Arak, Zoe.

Padres políticos

Hermanos Francisco y Josefin Fernandez del Rio.

Hermanos políticos Si

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales Amaz 17:30

en la iglesia de Santo Tomas de Amaz

CASA MORTUORIA: Amaz

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

ES  **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33188205X



DNI 33188205X

APELLIDOS / APELLIDOS
FERNANDEZ
DEL RIO
NOMBRE / NOME
VIRTUDES

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
F ESP 30 09 1948

EMISION / EMISION VALIDEZ / VALIDEZ
21 12 2021 01 01 9999

SUM. SUPORTE
CBE158982

Virtudes Fernandez del Rio 795264

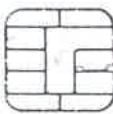
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CASTELO 25
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES
A CORUÑA

HIJO(A) DE / FILLO(A) DE
JESUS / CONCEPCION

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



IDESPCBE158982033188205X<<<<<<<
4809304F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<7
FERNANDEZ<DEL<RIO<<VIRTUDES<<<

FALLECIDA

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



DNI 33274380G

APELLIDOS / APELLIDOS
DEL RIO
FERNANDEZ
NOMBRE / NOME
JESUS

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
26 05 1965

NOME SUPORTE
BM0166708 27 08 2030

Jose Benito Fernandez del Rio 546560

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. CASTELO 8
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES
A CORUÑA

HIJO(A) DE / FILLO(A) DE
JOSE BENITO / VIRTUDES

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



IDESPBMO166708533274380G<<<<<<<
6505264M3008270ESP<<<<<<<<<<<<<8
DEL<RIO<FERNANDEZ<<JESUS<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



https://certificados.cgcom.es

FQPTUM2TOU

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105457238

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. SOFÍA MOLINO CASANO

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en COLEGIO MEDICO A CORUÑA, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

LICENCIADA

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

1509015-3

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 30
Día

Mes 09
Mes

Año 1948
Año

Sexo:
Sexo:

Varón ☐

Mujer ☒
Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:
Número:

321882US-X

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ 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

00:15

Día 07

Día 07

Mes 10

Mes 10

Año 2025

Año 2025

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

SANTO DE COMPOSTELA

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) ARRITMIA VENTRICULAR

01
Horas 01
Días
Meses
Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) BACTERIEMIA CON QUÉBOLOS SEPTICOS ESPECIFICOS

30
Horas 30
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

(c) ESPOUNDILOBLISTITIS NECROSIS LUTAMEA POR SEPSIS

30
Horas 30
Días
Meses
Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) ENDOCARDITIS POR STREPTOCOCCO AGALACTIAE VALVULA MITRAL

40
Horas 40
Días
Meses
Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

GANPEA

03
Horas 03
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 ☒
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 SANTIAO, a 7 de OCTUBRE de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

[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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Horas 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

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Horas Días Meses Años

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anota 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

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

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: "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 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.

Ejemplo:

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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Horas 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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Horas Días Meses Anos

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 Anos

II

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.



Núm. expediente: **20251008/012475**

Materia e procedimiento: **Defunción-Inscripción de Defunción non Xudicial (Caso Morte Natural)**

Oficina tramitadora: **OFICINA XERAL DE REXISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENZA DE ENTERRAMENTO

D./D.ª EVA BERNARDEZ PEREIRAS

En **Santiago de Compostela** o **08** de **OCTUBRE** de **2025**.

Acreditada a defunción de D./D.ª **VIRTUDES FERNÁNDEZ DEL RÍO**, con Documento Identificativo DNI/Pasaporte/Outro núm. **33188205X**, con último domicilio coñecido en **LUGAR CASTELO, Nº. 25, AMES, A CORUÑA, ESPAÑA**, segundo a certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **SETE** de **OUTUBRO** de **DOUS MIL VINTECINCO**, ás **00:15** horas, ocurrida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA)**.

CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran doce horas hábiles desde a do falecemento.



