

OTROS CONCEPTOS

Corona RR. : TUS HERMANOS Y HERMANAS POLITICOS.
CENTRO 24 Horas BANCOS: TUS SOBRINOS Y SOBRINAS POLITICOS.

TOURO - NOVEFONTES - FAO. (Huesos).
CAVOS.

Atencion Gb - seguros.com (Presupuesto traslado)

FALLECIDO: MARIA DEL CARMEN ZOEEL CHAO ST-544
Fecha de fallecimiento 27 DE OCTUBRE DE 2025
Domicilio Novafontes TOURO
Teléfonos: 661.893.276 RTO E-mail:
Grupos-Asesoriale
1075-2660
1075-2660
Grupos-Asesoriale
ST-544

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida	
Capilla ardiente X TOURO, 21	Sala Prep. X Santiago Libro Si	
Gestión funeraria Si	☒ Tramitación UUV	
Carroza traslado X HOSPITAL LUGO -	X DANAF Aparador - Tamiel TOURO	
Martes Prensa (NO)	Martes Huesos (dato)	
Radio (NO)		
Recordatorios fúnebres / grupos		
Ómnibus acompañamiento NO	Piñata Acero y Reina CRISTAL	
Turismo id. deceja 14:30 en Tolosa		
Certificado médico X Si	Registro Civil: deceja Humana civilde	
Carroza Si	Personal Si	
Ayunt.º: Sepultura X Pirelo		
Iglesia X SANTIAGO DE NOVEFONTES (TOURO)		
Incineración CAMPANERO (Avisa Cura)	Urnas:	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores Avisa Cura	Funeral: 1+1 (Don Jose) X 40 (114537)	
Flora X Corona RR. TU ESPOSO		
X Corona RR. TUS HIJOS E HIJO POLITICO		
X CENTRO 18 Horas BANCOS: TU NIETO TABO.º		
CENAMA CASA		
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

Simt. 107-2025-01-19

FALLECIDO: Nombre MARIA DEL CARMEN PÉREZ CHAO D.N.I. Nº 3378 669641
id. de los padres JULIÁN Y CARMEN
Naturaleza VIZCAYA Provincia LUGO
Día, mes y año de nacimiento 27 DE SEPTIEMBRE DE 1941
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio SESTEO, 3-NOVEFONTES
TOURO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 27 de OCTUBRE de 2025
Domicilio _____
Cementerio SANTIAGO DE NOVEFONTES Ayunt.º TOURO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. JESÚS SOBRADO CASTELO (ESPOSO) D.N.I. 33203715H
domiciliado en EL MISMO

D/ña. MARIA DEL CARMEN PÉREZ CHAO
(VECINA DE NOVEFONTES - TOURO)

falleció en _____ en el día de 27/10/2025 a los 84 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a JESÚS SOBRADO CASTELO (Peneda de Novefontes)
Hijos MANUEL Y RITA SOBRADO PÉREZ

Hijos políticos PABLO GARCÍA TASENDE

Padres NIETO: PABLO GARCÍA SOBRADO;

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

No

1 100 100 3



APELLIDOS / APELLIDOS
PEREZ
CHAO
NOMBRE / NOME
MARIA DEL CARMEN
SEXO / SEXO F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
27 09 1941
NUM. SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BBB187960 01 01 9999

Maria Carmen Pérez Chao

497984

DNI 33786696H

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. NOVEFONTES 3
TOURO
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
VILALBA
LUGO
MUJER DE / FILLOA DE
JULIAN / CARMEN

COUPO / COUPO
15771L6D1

IDESPBBB187960033786696H<<<<<<<
4109277F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<1
PEREZ<CHAO<<MARIA<DEL<CARMEN<<

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAQG13498233203715H<<<<<<<
4012232M9901018ESP<<<<<<<<<<7
SOBRADO<CASTELO<<JESUS<<<<<<<<



105879463

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D. Dña. Lucía A'leuara Santeiro
D. Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Lugo
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en Lugo
y con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

23/2303938

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARIA DEL CARMEN
Nombre do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: PEREZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: CHAO
2º Apellido do falecido/a:
Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 09 Año 1941
Data de nacemento: Día 23 Mes 09 Ano 1941
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒
Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33786696-H
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. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 05:45 Día 27 Mes 10 Año 2025
Hora e data da defunción: Hora : minutos 05:45 Día 27 Mes 10 Ano 2025

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

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ 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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SHOCK CARDIOGENICO
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

(c) FRACASO RENAL AGUDO
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) PARADA CARDIORRESPIRATORIA RECUPERADA
Debido a/Debido a
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/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 Lugo, a 27 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 periodo 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 2

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 2

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 10

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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cumprimento 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 45 ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

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 ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 2

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 2

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 ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 10

5 Outros procesos:

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 5

Outras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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.

02

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/CREMACIÓN
OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE LUGO

ACREDITADA LA DEFUNCION DE *M^{ra} Carmen Pérez Chao*

CON DNI/NIE/PASAPORTE *33786696H*

SEGUN LA CERTIFICACIÓN MÉDICA PRESENTADA QUE ACREDITA LA FECHA DE LA MUERTE EL DÍA

27/10/25

A LAS

05:45

HORAS OCURRIDA EN

Hospital HuPa Lugo

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN PARA (marcar lo que proceda):

DAR SEPULTURA *x*

INCINERAR

☐

AL CADÁVER DE LA PERSONA RESEÑADA UNA VEZ TRANSCURRA EL PLAZO LEGALMENTE ESTABLECIDO DESDE EL FALLECIMIENTO

Lugo a *27 de octubre de 2025*

SR/SRA ENCARGADO/A DE LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL DE LUGO



