

OTROS CONCEPTOS

40 RB "Tus compañeros de instituto Santa Irene • **Transfancia**
 IF: 08655098E Plaz. America, 7-Viga Portuense CP: 36711
 2000da 2011 Wf: 08612 1370 1er. santa irene@edu.xunta.gal
 24 P. B. "Compañeros de instituto" Gil Soares "649489014 BIZUM •
 SIMP. 1724 **PAGADO**
 entro 24 meses regan: **PAGADO** SIMP. 1727
 otro mod. l: Familia Gil Soares Sanz • SIMP. 1726 TPV
 entro 18 meses bl. Sanz Gil Soares Intercam de Sigo TPV
 SIMP. 1725 **PAGADO**

Se entrega en el cuerpo de arriba

FALLECIDO: Teresa del Niño Jesus Paz Camps ST: 593
 Fecha de fallecimiento: 28 Noviembre 2015
 Domicilio: H-La Rosaleda
 Teléfonos: Teresa (lupa) 609573305 E-mail: _____
 CONCEPTOS

Arca modelo	Medida	Servicio prestado
201		1856
Capilla ardiente <u>CERUANTES</u>	Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u>	64054/28'25
Gestión funeraria <u>Si</u>	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado <u>HOSPITAL - TANATORIO</u>		104
Prensa <u>CORREO MAD 3</u>		375
Radio <u>RADIO 1 JET SABADO</u>		11488
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>		
Turismo <u>id. NO</u>		
Certificado médico <u>Si</u>	Registro Civil: <u>SANTIA GO</u>	3
Carroza <u>NO</u>	Personal <u>NO</u>	122/10/12'50
Ayuntamiento: Sepultura <u>BOSACA</u>	1690 (SEPULTURA) <u>DIRECCION</u>	150
Iglesia <u>CAPILLA CAMPELO</u>	<u>NO RESTES</u>	151
Incineración	Urna: <u>EXHAUSAR SAR</u>	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino <u>NO</u>	
Cantores <u>Familia</u>	Funeral: <u>NO</u>	
Flóres <u>Carroza Variada Head 3 Blanca "Tus hijos e hijos pol."</u>		143
<u>Carroza PU Head 1 Polkabar "Tus nietos"</u>		70
☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		3470 7350

FALLECIDO: Nombre Teresa del Niño Jesús Paz Camps D.N.I. Nº 330 171 81 Z
id. de los padres Santos y Hana
Naturaleza Ortigueira Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 1 Octubre 1931
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio R/ Gomez Ulla
y 2º IZQUIERDA - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 18:50 horas del día 28 de Noviembre de 20 25
Domicilio M. la Rosalada - Santiago
Cementerio Buxaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ña. Teresa (del Niño Jesús) Paz Camps LA SEÑORA
Vda de Juan Manuel Ambroage Hervella - Urrutia Álvarez Ulla - Santiago
falleció en _____ en el día de _____ a los 94 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Xoan Manuel Ambroage, Marieta y Rosa Hana Ambroage Paz

Hijos políticos Jose Antonio Diaz Peromingo, y Francisco Jose Garcia Sanz

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

Nietos Manuel; Horacio; María y Lucia; Martha, Juan Pablo, Salvador y
y demás familia.- Conducción Si Sobrinos Si Primos Si Esteban y demás familia.

Funerales _____

en la iglesia de Capella Complejo

CASA MORTUORIA: Cervantes

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

Juan Manuel Ambroage Hervella Abril 2002


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106047345

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello de Armonización

D./Dña. **SILVIA MA RODRIGUEZ ALVAREZ**

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **SANTIAGO**

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

, con el número

, co número

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

151507126

1ª colegiación
1ª colexiación**CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de**

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

TERESA DEL NIÑO JESUS

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

PAZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

CAMPS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

01

Mes

Mes

10

Año

Año

1931

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

☒Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

Número:

33017181-2

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

18:50

Día

Día

28

Mes

Mes

11

Año

Año

2025

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

SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio 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) PARADA CARDIO-RESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL AGUDIZADA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

BRONCOASPIRACIÓN

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ANEMIA INSUFICIENCIA RENAL CR

Horas

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 Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐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 SANTIAGO, a 28 de NOVIEMBRE de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

DRA. SILVIA MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ
N.º COL. 15/1507120

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Años

I

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 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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 dizer, 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 excluyentes, é decir, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Años

I

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 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
Días Meses Años

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
Días Meses Años

Otras 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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Téndose inscrito no Rexistro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
la defunción de don TENESA DEL NIÑO JESUS PAZ CAMPS
a defunción de don/a TENESA DEL NIÑO JESUS PAZ CAMPS
ocurrida a las Dieciocho y cincuenta
ocorrida ás dieciocho e cincuenta

horas del día veintiocho
horas do día veintiocho
de NOVIEMBRE de DOS MIL VEINTICINCO
de NOVIEMBRE de DOS MIL VEINTICINCO
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento: DOCE
do fallecimiento doce

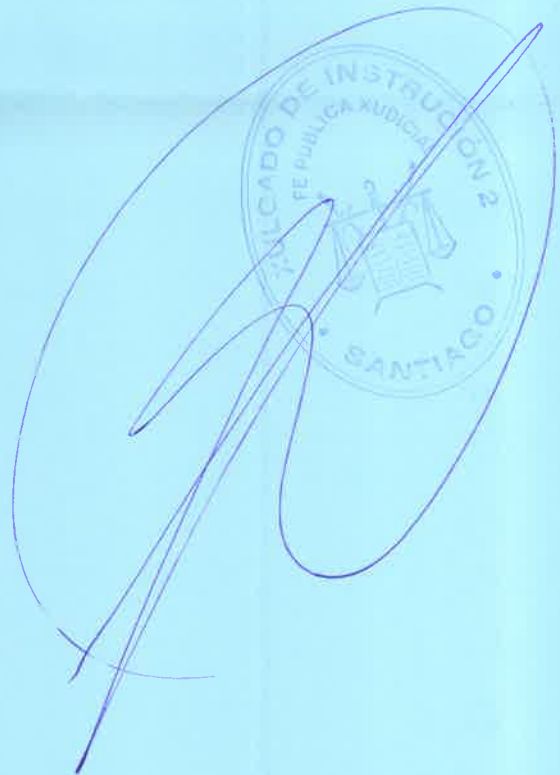
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as
sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.
veinticuatro horas do fallecemento

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA

A VEINTINUEVE de NOVIEMBRE
O DOS MIL VEINTICINCO
de DOS MIL VEINTICINCO
de DOS MIL VEINTICINCO

(El Juez)
(O xuíz)

CAJ



111
R

Field