

OTROS CONCEPTOS

foto FU B **PAGADO** efectivo
 FU Rjo + **PAGADO** efectivo
 Centro 118 R **PAGADO** web
 Centro 118 R **PAGADO** web
 Willete (3 Rosas bl + 3 Ros Roj); LUCA
 Centro (Vrs 2) coberto: MERCEDES, MARIA Y MERCEDES
 RACION (50cm): MUCHO A MUCHO, FEDELU • 200€
 (Luz vegetal)
 foto mod 1: Tos estrella **PAGADO** TPV
 intro calga mod 1: **PAGADO** TPV
 intro mod 1: Copia Técnica **PAGADO** TPV
 foto mod 1: **PAGADO** TPV
 foto FU 1 bl: Familia Davila
 intro FU- bl: F. Franciscana, Mari **PAGADO** TPV
 intro Vrs 1: CPA Brion
 para 40 rosas bl: Oraso Salud, Omega, Algora, Berengade
 oros de Altamira **PAGADO** TPV
 foto 18 rosas bl: Club Patinero Artistico Condado **PAGADO** TPV
 foto flor v. mod 2: Amiga, -e querenos (Bea Rosa)

FALLECIDO: TERESA OTERO DAVILA

Fecha de fallecimiento 3 - DICIEMBRE - 2025

Domicilio Hospital Conxo - Paléativos

Teléfonos: 667692996 Paula (Pina) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo Padava	Medida Gemela		
Capilla ardiente COMPLEJO OBERA	Sala Prep. si Libro si		
Gestión funeraria si	☒ Tramitación UUV		
Carroza traslado HOSPITAL CONXO - COMPLEJO APOSTOL			
JUEVES 19:00	Correo B2		
Prensa			
Radio si JUEVES			
Recordatorios funebres / tarjetas NO			
Ómnibus acompañamiento NO			
Turismo Barrio 19:30 en casa			
Certificado médico si	Registro Civil: SANTIAGO		
Carroza -	Personal si		
Ayunt.º: Sepultura Basica Sep 4154 Pineda Viejes 12:30			
Iglesia capilla COMPLEJO APOSTOL			
Incineración si	Urna: Basica		
Presencian ☐ SI ☒ NO	Destino Sq. Basica		
Cantores si Raquel	Funeral: Juan V.		
Flores Centro FU 2 Ec.: Vuela alto, bubele (Color)			
X 2 Tarjetas Parking			
☒ Sudario ☐ Cubrefuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			

ST: 604
SC: 391

FALLECIDO: Nombre Teresa Otero Davila D.N.I. N° 33300144P
id. de los padres Antonio y Teresa
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 16-Junio -1976
Profesión _____ Estado Soltera Domicilio Arturo Cuadrado Moure 43
Stgo.

Fallecimiento: Fecha: 16:20 horas del día 3 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio HOSPITAL CONXO - SANTIAGO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. ~~TERESA~~ OTERO DAVILA
TETE
~~SEÑOR~~

falleció en _____ en el día de 3/12/2025 a los — años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres MADRE: TERESA DAVILA AGULLA ~~(PADRE: ANTONIO OTERO MATECA +)~~
viuda de

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos PAULA OTERO DAVILA

Hermanos políticos JOSÉ VILAS SÁNCHEZ, Tíos
Peñados
Y DEMÁS FAMILIA

Nietos — Bisnietos — Tíos — Sobrinos — Primos —

y demás familia.- Conducción Mise 19:00

Funerales _____

en la iglesia de Capilla Complejo Apostol

CASA MORTUORIA: S. Obradoiro

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

Antonio
31/3/2021



Colegio de

Colegio de

D./Dña. PACIA VILARINO FERNÁNDEZ

D. / Dna:

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
 y con ejercicio profesional en Hospital Clínico SANTIAGO DE COMPOSTELA
 e con exercicio profesional en

con el número
 co número

Colegio actual
 Colexio actual

Nº de colegiado/a
 Nº de colexiado/a

151514585

1ª colegiación
 1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

TERESA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

OTERO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

DAVILA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento de identidad:

Documento de identidade:

☒ D.N.I.☐ Pasaporte☐ Pasaporte☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

Santiago de Compostela

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 instrucciones na páxina 2)

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

(a) FALLO RESULTANTE DE CAUSAS
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA
 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) CÁNCER DE CÉLULAS EPITELIALES
 Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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/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 3 de diciembre de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma manuscrita]

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: ☐☐ 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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
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: ☐☐ 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: ☐☐ 1 ☐☐ 0 ☐☐

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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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 Defunción.

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 defunción, 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: ☐☐ 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) 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. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: ☐☐ 1 ☐☐ 0 ☐☐

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: ☐☐ Años: ☐☐ 5 ☐☐

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
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.



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **04** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a TERESA OTERO DAVILA que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33300144P según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **03** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 16:20 horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



