

OTROS CONCEPTOS

~~SENDO F.V. PAGADO~~ FAMILIA TORO BALUJA •
SIMP. 1807 TRN

FALLECIDO: DOLORES ASOREY BUSTEJO

Fecha de fallecimiento 8- DICIEMBRE 2025

Domicilio RIM DE CONCHO, 42

676 306 942 MANUEL

Teléfonos: 860095357 NATALIA (HUSA) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	PADOVA	Medida 1'3" 1300
Capilla ardiente	SALA CERVANTES Sala Prep. SI Libro NO	
Gestión funeraria	SI ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	DOMICILIO - COMPLEJO	
	NO NO SE REGU	
Prensa	NO NO SE REGU	
Radio	NO NO SE REGU	155'00
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	BUENA taxi 16:50 Recoger en casa	
Certificado médico	SI SI	Registro Civil: Sancti Spiritus
Carroza	Personal	
Av. int.: Sepultura	BUENA SEP 3476	PINEDO
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO	BASES REYES
Incineración	Urna:	PINEDO 150'00
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	JOSE PENA	Funeral: NO TOMAS
Flores	CORONA RB: TUS HIJOS	
	CORONA RB: TUS HIJOS POLITICA	
	CORONA RB: TUS NIETOS Y NIETOS POLITICA	
	1 CENTRO RB: TUS RESUETOS	
	(CANCUNA CASA)	
☒ Sudario	☐ Cubrefuneros	☒ Acondicionamiento
		☒ Rosario

NO RECIBE FIDOR

24-823 ST-618

14-574 825-14
14-574 825-14
14-574 825-14

FALLECIDO: Nombre DOLores ASOREY BUSTELO D.N.I. Nº 33025994-H
id. de los padres MANUEL Y MANUELA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUNA
Día, mes y año de nacimiento 27 - MAYO - 1934
Profesión _____ Estado DIVORCIADA Domicilio RIAL DE CONKO, 42
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 21:15 horas del día 8 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio RUELA DO RIAL DE CONKO, 1 - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. NATALIA LOPEZ ASOREY (HUJO) D.N.I. 33261598-X
domiciliado en TRÁVESA DE CACHERAS, 86 - 1º D - TEO

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los — años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos SU FAMILIA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO PRIMER APELLIDO
ASOREY
SEGUNDO APELLIDO SEGUNDO APELLIDO
BUSTELO
NOMBRE COMPLETO
DOLORES
SEXO NACIONALIDAD NACIONALIDAD
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO DATA DE NASCIMENTO
27 05 1934
IDEMP
AKR196862
VALIDO HASTA VALIDO HASTA
01 01 9999



SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
MANUEL / MANUELA
RUA. RIAL DE CONXO 42
SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

157711601

IDESPAKR196862333025994H<<<<<<
3405271F9901018ESP<<<<<<<<<<6
ASOREY<BUSTELO<<DOLORES<<<<<<<<

FALLECIDA



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33261598X

APRIL 1985 / APRIL 1985

LOPEZ
ASOREY

COGNOME / NOME
NATALIA

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	NACIMIENTO / NACIMENTO
F	ESP	26 12 1963

EMISIÓN/EMISSION	VALIDEZ/VALIDITY
27 11 2023	27 11 2033

NUM SOPORTE
CGR182548

Natalia Lopez

071424

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO: DOMICILIO
TSIA. DE CACHEIRAS 86 2 PO1 D
CACHEIRAS
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HUJIA DE / FELLOIA DE
ANTONIO / DOLORES

IDSPCGR182548733261598X<<<<<
6312268F3311271ESP<<<<<<<<<8
LOPEZ<ASOREY<<NATALIA<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJA)



Colegio de



Colegio de

106040472

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.

Francisco José García López

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A CORUÑA

, con el número
, co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

1507899

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

DOLores

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

ASOLEY

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

JUSTELO

Fecha de nacimiento

Día 27

Mes 05

Año 1934

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

33025994-H

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

21:15

Día 08

Mes 12

Año 2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

21:15

Día 08

Mes 12

Año 2025

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

SANTIAGO 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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PANDEA CARDIORESPIRATORIA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) FIBRILACIÓN AURICULAR

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿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 ☒Si/Si ☐Accidente laboral No/Non ☒Si/Si ☐

Fecha del mismo: Día 00

Mes 00

Año 00

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 JANUARO, a 08 de DICIEMBRE de 2025
En , a de de

Firma del médico
Sinatura do médico

590843
N. FRANCISCO JOSÉ GARCÍA
0957

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

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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento 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 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ 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

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 **09** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a DOLORES ASOREY BUSTELO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33025994H según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **08** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 21:15 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.



