

OTROS CONCEPTOS

PAGADO web

S.1737

ENTRO (Var.1): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

ENTRO (Var.2): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

ENTRO (Var.3): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

ENTRO (Var.4): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

ENTRO (Var.5): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

ENTRO (Var.6): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

ENTRO (Var.7): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

ENTRO (Var.8): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

ENTRO (Var.9): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

ENTRO (Var.10): LOS AMIGOS DE LOS NIETOS. S.1739

FALLECIDO:

Dona Julia foto Vieito

Fecha de fallecimiento

3- Diciembre- 2025

Domicilio

Mia Volta do Castro, 69- Santiago

Teléfonos:

639 886 986 - Jorge

E-mail: abreu2010@igmail.com

CONCEPTOS

Servicio prestado

Arca modelo

Medida

1.90

Capilla ardiente

Quintana

Sala Prep. si

Libro ~~si~~

Gestión funeraria

si

☐ Tramitación UUV

Carroza traslado

~~Domulio al Complot~~

Prensa

Radio

No

Recordatorios fúnebres / tarjetas

no

Ómnibus acompañamiento

no

Turismo

~~no en domulio~~

Certificado médico

si

Registro Civil:

~~Stop~~

Carroza

Personal

Ayunt.º: Sepultura

Custodia familiar

Iglesia

Capilla Complot

Incineración

1730

Urna:

Sargados Alta-174

Presencia

☐ SI ☐ NO

Destino

~~no~~

Cantores

Funeral:

Juan V

Flores

Corona: Tu esposa

Corona: Tus hijos e hija Política

Corona: Nietos

7140

☒ Sudario

☐ Cubrefúntos

☒ Acondicionamiento

☐ Rosario

~~EXTRACCIÓN HARECAPAS~~

FALLECIDO: Nombre Loreja Louto Vieites D.N.I. Nº 33 022 251-R
id. de los padres Manuel y Consuelo
Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 21- Enero - 1927
Profesión — Estado Viuda Domicilio Volta do Castro, 69
Santiago

Fallecimiento: Fecha: 11/33 horas del día 3 de dicembre de 20 25
Domicilio su domicilio
Cementerio Crematorio Apostol Santiago Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. Alfredo Lorenzo Louto (Hijo) D.N.I. 33221628-R
domiciliado en Rúa Novoa, Santos, 26 - A Coruña

D/ña. Loreja Louto Vieites L SEÑOR (Veirina de Volta do Castro - Stgo)

falleció en en el día de 31/12/25 a los 98 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Luis Lorenzo Fernandez

Hijos Alfredo y Jorge Lorenzo Louto

Hijos políticos ~~Beatriz Prado~~ Maria Toja y Maribel Garrido(+)

Padres

Abuelos Nehs: Maria, Xago, Jorge y Carlos-

Padres políticos

Hermanos Nehs Políticos: Beatriz e Ignacio

Hermanos políticos no Manuel y Consuelo Louto Vieites-

Nietos Bisnietos (no) Tíos Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de Capilla

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105714692

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARIA MARINO VILLAR

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

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

812702

1ª colegiación
1ª colexiación

*15 28 81 27 02

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSEFA

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

SOUTO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

VIEITES

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 31

Mes 01

Año 2023

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

33022251-R

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

11:33

Día 03

Día 03

Mes 12

Mes 12

Año 2025

Año 2025

¿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 trabajo

☐

Otro lugar

Outro 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)

FALTO MULTIORGÁNICO

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

SEPSIS URINARIA

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 URINARIA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(e)

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:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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 3 de Diciembre de 2025
En _____, a _____ de _____ de _____

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 ☐ ☐ 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 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 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 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 **04** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a JOSEFA SOUTO VIEITES que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33022251R según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **03** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 11:33 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.



