

OTROS CONCEPTOS

Centro mod e blan **PAGADO** ^{web} Stella, Ben y Ana ^{web}
 (SAPL: LON)

FALLECIDO: **MARIA JORGE CONSTENAA** ^{web} ^{SF-827} ^{ST-86}
 Fecha de fallecimiento **10 - DICIEMBRE - 2025**
 Domicilio **H. CLÍNICO - SANTIAGO (San Julián de SACS)**
 Teléfonos: **630.27.56.21 (ALBERTO)** ^{5478 - 915 410574} ^{5478 - 915 410574}

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Redonda	Medida	C-1
Capilla ardiente	Montouto A.	Libro firmas	Si
Gestión Funeraria	Si		
Carroza Traslado	HOSPITAL - TANATORIO		
Prensa	COPIES N° 2 (Jueves)		
Esqueletos	1630		
Radio	16 vez miércoles		
Recordatorios fúnebres /	1630		
Ómnibus acompañamiento	Na		
Turismo	Id. Regresa 1610 en Iglesia.		
Certificado médico	Si		
Registro Civil	SANTIAGO	Carroza	Si
Ayunt.º: Sepultura	PINEL		
Iglesia	SAN JULIÁN DE SACS.		
Incineración	CHAPANELO (AVIA CIRA)	Funerales	
Urna cenizas			
Cantores	AVISA CURA	Sres. curas	X 3 (Don Jose Pao)
Flores	1 a CORONA ROSA ROSAS: TUS HIJOS E HIJAS POLITICOS		
	1 a a BANCAS: TUS NIETOS Y NIETO POLITICO		
	1 CENTRO LA ROSABUNGA: TU DISMIETO		
	(ENCIMA CAJA)		
	ROSAJO (FAMILIA)		
	Sudario		
	Acondicionamiento.		

PAGO ~~REPARTO JURAMES~~ **164100 + IVA.**
 IGLESIA CASTAÑEIRIÑO Y SAN JULIÁN DE SACS
En Principio Paga SANTA LUCIA.

FALLECIDO: Nombre MORÍA JORGE CONSTENIA D.N.I. Nº 33128574 H
id. de los padres ALBERTO Y MANUELA VEDRA
Naturaleza VEDRA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 30 - ENERO - 1937
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio MATELO, 5 - SAN JULIÁN DE SALES - VEDRA (A CORUÑA)
Fallecimiento: Fecha: 730 horas del día 10 de DICIEMBRE de 20 25
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio SAN JULIÁN DE SALES Ayunt.º VEDRA
Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. ALBERTO MARTÍN VIEITES JORGE (HIJO) D.N.I. 33283451 J
domiciliado en RÚA DO MIÑATO, 21 - OUTEIRO DO CASTELEIRO - SANTIAGO

D/ña. MARIA JORGE CONSTENIA (VIUDA DE ARTURO VIEITES PAZ)
(VECINA DE MATELO - SAN JULIÁN DE SALES - VEDRA)
falleció en _____ en el día de 10/12/2025 a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos PATRICIA, MÓNICA Y ALBERTO MARTÍN VIEITES JORGE

Hijos políticos RATÓN FERNÁNDEZ VADELA Y SUSANA MAZÁS MOSQUERA

Padres NIETOS: LETICIA, ALBERTO, Y CARLA FIDEL VIEITES; MÓNICA Y CARLOS VIEITES MAZÁS;
Abuelos _____

Padres políticos NIETO POLÍTICO: JAVIER SAAVEDRA LÓPEZ; BISNIETO: GAEL SAAVEDRA FIDEL

Hermanos SI
HERMANOS

Hermanos políticos SI

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conductión _____
Funerales _____
en la iglesia de _____
CASA MORTUORIA: _____
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

NO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos / APELLIDOS
JORGE
CONSTENLA

Nombre / NOME
MARIA

SEXO / SEXO F **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE** ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
30 01 1937

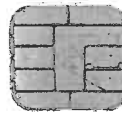
NUM. SOPORTE BDD158411 **VALIDEZ / VALIDEZ** 01 01 9999

DNI 33128574H

Maria Jorge 719872

DOMICILIO / DOMICILIO
C. OUTEIRO CASTIÑEIRIÑO 23
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
VEDRA
A CORUÑA

HIJOA DE / FILLOA DE
ALBERTO / MANUELA

IDESPDD158411133128574H<<<<<<<
3701308F9901018ESP<<<<<<<<<<<<0
JORGE<CONSTENLA<<MARIA<<<<<<<<<

REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33283451J

APellidos / APELLIDOS
VIEITES
JORGE

Nombre / NOME
ALBERTO MARTIN

SEXO / SEXO M **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE** ESP **NACIMIENTO / NACEMENTO** 11 03 1969

EMISIÓN / EMISIÓN 10 04 2024 **VALIDEZ / VALIDEZ** 10 04 2034

NUM. SOPORTE CHT167340

Vieites 557120

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. MIÑATO CASTIÑEIRIÑO 21
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BUENOS AIRES
ARGENTINA

HIJOA DE / FILLOA DE
ARTURO / MARIA

IDESPCHT167340933283451J<<<<<<<
6903114M3404104ESP<<<<<<<<<<<<4
VIEITES<JORGE<<ALBERTO<MARTIN<

106042118

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña.

D. / Dna.

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

María Cortés
A Coruña
Santiago Compostela

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

151510867

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 30

Mes 01

Año 1937

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Sexo:

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

D.N.I.

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:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día 10

Día 10

Mes 12

Mes 12

Año 2025

Año 2025

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

Santiago

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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCION RESPIRATORIA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ENFALZHEIMER

¿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 10 de december de 2025
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico

Sinatura do médico

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

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

- 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 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

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 Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Anos

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
Días Meses Anos

II

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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 **10** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA JORGE CONSTENLA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33128574H** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **10** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 07:30 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.



