

OTROS CONCEPTOS

nto EV: ~~Parque~~ Tucho Benigno, Lola, Alfreda
Cecilia y familias (M^{rs} Rivera) PVP: 35

PRD GONZALEZ
TOJO Y
D. PARICA.

Trasladar a la izquierda
fondo de todo lo más
cerca de la iglesia.

Pegarse restos
enterrar aquí
no tiene costal

cerca

33 7080 03217030 4000 7721

ST-601
ST-602

FALLECIDO: PARICA CONCEPCION TOJO GARCIA

Fecha de fallecimiento: 2- DICIEMBRE - 2025

Domicilio: HOSPITAL DE CONCHO / RUA PUBLIN, 8, 3º B. STO.

Teléfonos: 617 119880 Hijo E-mail: juan.silva.tojo@usc.edu

60688211 (Ponor) CONCEPTOS

Arca modelo <u>X 2</u> medida <u>5'90"</u>	Servicio prestado
Capilla ardiente <u>TOJO 2</u> Sala Prep <u>X Si</u> Libro <u>Si</u>	
Gestión funeraria <u>X Si</u> Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>X H. CONCHO - CORREO - TAURO</u>	
<u>TOJO 5</u> Prensa <u>correo N°2 GRACIAS JUEVES</u>	
Radio <u>X ver</u> <u>Miércoles</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>	
Turismo <u>Si</u> id. <u>RECORDER EN IGLESIA 15:30</u>	
Certificado médico <u>X Si</u> Registro Civil <u>X SANTIAGO</u>	
Carroza <u>X Si</u> Personal <u>X PUEBLO</u>	
Ayunt.º: Sepultura <u>5. Juan de Touro</u>	
Iglesia <u>Iglesia Parroquial de San Juan de Touro</u>	
Incineración <u>Urna:</u>	
Presencia <u>Si</u> ☐ SI ☐ NO Destino <u>Campana</u>	
Cantores <u>Si Gerardo</u> Funeral: <u>X Don Jose</u>	
<u>Campana 40 RB "Tus hijos e hijas políticos"</u>	
<u>Leanto 24 RB E.C. "Paros y Huyo"</u>	
<u>NO SE RECIBE DUELO</u>	

Simón: 109.2025-01-24

FALLECIDO: Nombre MARIA CONCEPCION TOJO GARCIA D.N.I. Nº 76482030-S
id. de los padres GUDERSINDO JULIA
Naturaleza TOURO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 12 - Febrero - 1947
Profesión _____ Estado Divorciada Domicilio Rúa Dublin, N.º 8, 3.º
SANTIAGO - A CORUÑA

Fallecimiento: Fecha: 20:00 horas del día 2 de Diciembre de 20 25
Domicilio HOSPITAL DE CONXO
Cementerio San Juan de Touro Ayunt.º Touro

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. MARIA CONCEPCION TOJO GARCIA LA SEÑORA (Natural de Touro - Vecina de Santiago)
falleció en _____ en el día de _____ a los 78 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Conchi, Leonor y Juan Silva Tojo

Hijos políticos José Ramón y David

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Pepet, Poncho, Paraja (+), Sindo (+), Antonio (+), Teresa (+), Pilagros (+), Clara (+), Lila (+) y Paricuz Tojo García

Hermanos políticos (SI) Marcos y Hugo

Nietos _____ Bisnietos NO Tíos NO Sobrinos (SI) Primos (SI)

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

NO SE RECIBE DUELO



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105988474

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. **SANTIAGO VÍCTOR DOMÍNGUEZ**

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **A CORUÑA**, con el número

en Medicina e Cirurxía; colexiado/a en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**, co número

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151514620

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: **MARTA CONCEPCIÓN**

1º Apellido del fallecido/a: **TOÍO**

2º Apellido del fallecido/a: **GARCÍA**

Fecha de nacimiento: Día **12** Mes **02** Año **1947** Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: **76482030-S**
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos **20:00** Día **02** 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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) **FALLO MULTIORGÁNICO** Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Debido a/Debido a Horas Días Meses Años

(c) Debido a/Debido a Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) **CÁNCER DE MAMA ESTADIO IV** Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practícouse autopsia clínica?

Sí/Sí ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐

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

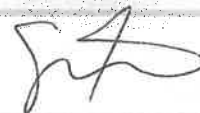
Si/Sí ☒ No/Non ☐

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 02 de DICIEMBRE de 2025

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Se fose 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 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 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 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 10

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 05

Outras 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.



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 **03** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA CONCEPCIÓN TOJO GARCÍA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **76482030S** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **02** de **DICIEMBRE** de **2025** a las **20:00** 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.



