

OTROS CONCEPTOS

~~Centro 24RB: Conferência de 4 bits Nome Web~~
 nome: Experiência Forense SL
 394033339
 3ª Etapa do Colexio 3-3-A - Nación (CA Carufo)
 P.15570 - 673695272
 casuel@gestionforense.es

into 8 rows bl: G
PAGADSKI - A Sca...
S1/S

FALLECIDO: web Dejaos Camino Costa

515

Fecha de fallecimiento 27.1.2020

Domicilio 11. director - Sebastian - Bonifacio -
fecha de nacimiento 21/04/1984

Teléfonos: 62986559 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C2	Medida 1'90
Capilla ardiente	Bests, 3	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	hospital Olivos - Tumbado	
Prensa	Carreo-2	210
Radio	Viaticos 1	117'36
Recordatorios fúnebres/ tarjetas	50. Repartir Carrelos	134
Ómnibus acompañamiento	12C	
Turismo	id.	
Certificado médico	91	Registro Civil: Valón.
Carroza		3
Ayunt.º: Sepultura	Valón: (Pardo Carabaz amez)	162 130
Iglesia	San Julian de Bantander.	225
Incineración	Urna:	Bds 16'50
Presencian	☐ SI ☐ NO	Campana 80
Cantores	Religio	140 (121884)
Flores	Car: 111g E + 1. pdictics.	146
	Car: 111g E + 1. pdictics.	146
	Car: 111g E + 1. pdictics.	95
	Car: 111g E + 1. pdictics.	23'60 75'30

1. Def. 1.1

FALLECIDO: Nombre Dolores Camino Corta D.N.I. N° 3323727-V
id. de los padres Manuel - Victoria
Naturaleza Buñón Provincia Covadonga
Día, mes y año de nacimiento 18-11-1958
Profesión Bastarales Estado viuda Domicilio Bastarales

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 22 de enero de 2021
Domicilio H. Clínico
Cementerio San Juan de Bastarales Ayunt.º Buñón

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Dolores Camino Corta L SEÑOR
Cuñada de Serafin Fernandez Beade

falleció en Bastarales - Buñón en el día de 22-1-2021 a los 62 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Loemi y Reyes Fernandez Camino

Hijos políticos Alberto Mosquera Rodriguez y Alberto Prieto Armas

metos: proa Martin y Jana

Padres Manuel Victoria Corta Jaco Cuñada de Manuel Camino

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos Dr

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos Dr Primos Dr

y demás familia. - Conducción _____

Funerales Viernes 16:30

en la iglesia de San Juan de Bastarales

CASA MORTUORIA: apostol. 3

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

no cambian por grabación

IDESPBL Y125639244822263R<<<<<
7905045F3006058ESP<<<<<<<<<0
FERNANDEZ<CAMINO<<NOEMI<<<<<<<



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971857

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello de A CORUÑA

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. JOSÉ MANUEL ABUELLO REY
D. / Dna.
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 ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: DOLORES
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: CAMINO
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: COSTA
2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 18 Mes 11 Año 1958
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33237274-V
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: -
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número: -

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 12:30 Día 27 Mes 01 Año 2026
Hora : minutos 12:30 Día 27 Mes 01 Año 2026

¿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 ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Outro 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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA
Debido a/Debido a

(c)
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ADENOCARCINOMA DE PULMÓN ESTAD
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Debido a/Debido a

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

Si/Sí ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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 Si/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐

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 27 de ENERO de 2026

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 ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
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 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 Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermedad 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 a 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 ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
Días 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) Hemorragia 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, anotáranse 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. Anótase 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
Días Meses Años

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



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 28 de **ENERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a DOLORES CAMIÑO COSTA que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº 33237271V según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **27 de enero de 2026** a las **12:30** 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
28/01/2026 11:45

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:j6qK-8nPr-2P2K-tZHh

