

OTROS CONCEPTOS

~~Urb~~
Fecha 18/03/2023 De los campesinos de la finca Hacienda
"La Chirca" Experiencia Forestal S de RL
B94033339 / raquel@gestionforestal.es
Praza Olexio 3 - 3ºA - Nave de Asturias 15.570
enlace a 24/12/26

~~Carta 188. Recordo de Anselmo Ferreira TPV~~
Simp. 362

Para Residência (Domicílio) 619738322.

FALLECIDO: María Victoria Costa Lago

Fecha de fallecimiento 23 Febrero 2026

Domicilio Perduevia, Cerdedo - Cobade 19

Teléfonos: 629 863 543 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C1	Medida 1'90" 842'13
Capilla ardiente	73 cenizas 3 Sala Prep.	Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Residencia Cerdado - Tumbano	
Prensa	Carroza n° 2	
Radio	Resqueles muros	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	50	
Ómnibus acompañamiento	4 inscripción	
Turismo	id.	
Certificado médico	Si	Registro Civil: X
Carroza	2 Carros	Personal
Ayunt.º: Sepultura	Begon	X Cambio de cenizas
Iglesia	SAN JUAN DE BASTAVALER	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	Caloss	Funeral: 2026 1+1
Flóres	Carroza 40 rosas bl: Tus nietos	
	Carroza 40 rosas rojo: Tus nietos políticos	
	Centro 24 rosas bl encimera caja: Tus bisnietos	
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento
		☐ Rosario

~~Punto 18 B. De los campesinos de la rieda. Hacia~~

Fr. 297

B94033339 / raquel@seccionfiscal.es
Prata Olexio, 3 - 3º A - Nave C/A Quited.
en page 24/276.

✓ carta 188. Recordato de Ángel y Encarna TPV ●
Simpli 362

FALLECIDO: Nombre Marta Victoria Costa Lago D.N.I. Nº 33480604E
id. de los padres Juan y Elvira
Naturaleza Carucha Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 1 SEPTIEMBRE 1935
Profesión _____ Estado _____ Domicilio _____

Fallecimiento: Fecha: 01:30 horas del día 23 de FEBRERO de 20 26
Domicilio RESIDENCIA CERDEDO - ~~CERDEDO~~ 19
RUA CONTE DE BRANDES, 19 - CERDEDO
Cementerio _____ Ayunt.º _____

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

L SEÑOR -

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

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

ESPAÑA

CLM

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO

COSTA

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO

LAGO

NOMBRE / NOME

MARIA VICTORIA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO

01 09 1935

IDESP

AIU112516

VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA

01 01 9999

DNI NÚM.

33180604E

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO

CARNOTA

PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAÍS

A CORUÑA

HIJOS DE / FILLOS DE

JUAN / ELVIRA

DOMICILIO / DOMICILIO

LGAR. SABAXANS-BASTAVALES 4

LUGAR DE DOMICILIO - LUGAR DE DOMICILIO

BRION

PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAÍS

A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO

15771L6D1

IDESPAIU112516033180604E<<<<<<
 3509010F9901018ESP<<<<<<<<<<<<9
 COSTA<LAGO<<MARIA<VICTORIA<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS

FERNANDEZ CAMINO

NOMBRE / NOME

NOEMI

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO

04 05 1979

NÚM. BOPORT VALIDEZ / VALIDEZ

BLY125639 05 06 2030

DNI

44822263R

645440

DOMICILIO / DOMICILIO

URBN. AGRO NOVO 76

OS ANXELES

BRION

A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO

BRION

A CORUÑA

HIJOS DE / FILLOS DE

SERAFIN / DOLORES

EQUIPO / EQUIPO

15771L6D1

IDESP BLY125639244822263R<<<<<<
 7905045F3006058ESP<<<<<<<<<<<<0
 FERNANDEZ<CAMINO<<NOEMI<<<<<<

DECLARANTE

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971092

Nº Certificado/Nº certificado

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

, con el número
, co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

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
Día

Mes
Mes

Año
Año

Sexo:
Sexo:

Varón
Varón

Mujer
Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:
Número:

Documento
de identidad:

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

Número:
Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos
Hora : minutos

Día
Día

Mes
Mes

Año
Año

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

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo
Lugar de traballo

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 aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) CHOC CONTROLEADO

Horas
Días
Meses
Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas
Días
Meses
Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES
ANCIANO FRAGIL

Horas
Días
Meses
Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas
Días
Meses
Años

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

Si/Si No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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 de tráfico Si/Si

Accidente laboral No/Non
Accidente laboral Si/Si

Fecha del mismo: Día
Data do mesmo: Día

Mes
Mes

Año
Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED G



(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 Cordoba, a 23 de Febrero de 2026
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 periodo 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 anota 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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **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 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 excluyentes, é dicir, hai que expresar o periodo 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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) Hemorraxia cerebral

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciua 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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.

02



LICENCIA DE ENTERRAMIENTO

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE CERDEDO-COTOBADÉ
EXPEDIENTE Nº 20260223/014701 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MARIA VICTORIA COSTA LAGO con Documento Identificativo DNI y Nº 33180604E, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 23 de FEBRERO de 2026, a las 01:30 horas, acaecida en RESIDENCIA SOCIO-SANITARIA;

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura al cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas hábiles desde el fallecimiento.

En Cerdedo-Cotobade a 23 de FEBRERO de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
23/02/2026 13:29

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
OLALLA DE LIS FERREIRO

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:qtTC-YXvN-SY3E-H&Xv

