

OTROS CONCEPTOS

~~Pagos~~

Homenajes de Bolo (Ho He) • web

PAGADO

Placem: Harmoniques de Base (C-F-A-H-c) = web

28 April 2019

Drage te alderes til F. 18. 1925

100

~~8%~~ centos 18 R Pop **PADO** "TPV" • S770

DATE

570S

16) FALLECIDO: Delmire Villaverde Ponce

062-15
64-15

Fecha de fallecimiento 28-4-2026

Domicilio: H. dñcs - Pzmit 2 - Viduado

Teléfonos: 6907 3047

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio pre
Arca modelo	Medida 84x80	590
Capilla ardiente T.Bert.3	Sala Prep. Libro	460 55
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	150
Carroza traslado H.Cecilio-Tamayo		119
Prensa X Prensas		210
Radio X Motos X Camión		11336, 1133
Recordatorios fúnebres / tarjetas \$50		72
Ómnibus acompañamiento ~	Inscrip. ~	330
Turismo id.		
Certificado médico X Si	Registro Civil: X Partidas	3
Carroza 2 Blancos	Personal Personal	162 + 13
Ayunt.: Sepultura Anexo de Arce		125
Iglesia San Pedro de Apollis		
Incineración Urna:	X Ampara (Santo)	700
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	8
Cantores Felisa	Funerál:	X 20 (117)
Flores X KAC - Nive		146
X Gac. Nive pellice		146
X Gac. 2da Nive		146
		2360
		7.

id. de los padres

Naturalaleza

Día, mes y año de nacimiento

Profesión

Estado

Domicilio

Fecha:

Domicilio

Cementerio

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA

DECLARANTE D.

domiciliado en

D/na.

falleció en

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos

Bisnietos

Tios

Sobrinos

Primos

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

canje de por la coacción

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificandoeqcom.es

VIVEE11MH8

Id. electrónico/Ido. electrónico

Colegio de

MÉDICO

PONTEVEDRA

Colegio de

104634295

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

A CORUÑA

con el número

co número

SANTAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual

Colegio actual

Nº de colegiatura

Nº de colegiatura

152853831

F. expedición

F. expedición

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Name do falecido/a:

DELMIRA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

VILLAVERDE

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

PENA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

02

Mes

Mes

09

Año

Año

1942

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

X

Documento

de identidad:

X

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

33192795-T

Documento

de identidad:

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

17:15

Día

Día

28

Mes

Mes

09

Año

Año

2026

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

SANTAGO 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 instrucciones na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ICTUS ISQUEMICO

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

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

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse 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

Accidente de tráfico

No/Non

No/Non

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

No/Non

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

000000

000000

000000

(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 SANTAGO, a 28 de ABRIL 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 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 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 ☐ 5 ☐ 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 ☐ 5 ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ 2 ☐ Horas ☐ 5 ☐ 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 ☐ 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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cumprimento das causas de defunção se comece pela **causa imediata** e se remate com a **causa inicial ou fundamental**, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "debido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tan importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o começo de cada afeição e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) deve ser inferior ou igual a I.(b), e este à sua 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 ☐ 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 ☐ 3 ☐ Horas ☐ 5 ☐ 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, anotarans na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ 2 ☐ Horas ☐ 5 ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ 2 ☐ Horas ☐ 5 ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conducirán a 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 ☐ 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 ☐ 1 ☐ 0 ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo da tinta negra.
2. Evitar abreviaturas u/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



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de DELMIRA VILLAYERDE PENA con documento identificativo DNI núm. 33192795T según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 28 de abril de 2026, a las 11:15 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

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

En Santiago de Compostela a, 29 de abril de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
29/04/2026 12:11

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:V2VT-Rs9K-PH\$c-pKbP

