

OTROS CONCEPTOS

Pro + VAG ^{de} conta - TPV S. 627

FALLECIDO:

Scoring Centre

Fecha de fallecimiento: 07-4-2026

Domicilio: Rua 2612 39 - Anxels

Teléfonos: 687-877-089

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida 842'85	590
Capilla ardiente	Sala Prep. Si Libro Si	460 \$5/7
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV	150
Carroza traslado	Donatario - Tumbado	67
Preisa	Carro 2.	210
Radio	16.45 104 y Manana	11736 1736
Recordatorios fúnebres / tarjetas	no	330
Ómnibus acompañamiento	(car -> Inscripción)	
Turismo	id. Taxi Lita	
Certificado médico	Si Registro Civil Buon	3
Carroza	Personal	162 130
Ayunt.º: Sepultura	Bad	125
Iglesia	Sank u' de Intel	
Incineración	Urna:	80
Presencia	☐ SI ☐ NO Destino	X Camperero 50 (84) -> 700
Cantores	Falsa Funeral:	X 140 (1272)
Flores	Carac - Lijas C.H. public	146
	Carac - viela y velas public	146
	Carac -	
	16onho 242 blancas F. cap - blancas	95
		2360 7530
☐ Sudario	☐ Cubrefúntos	☐ Acondicionamiento
		☐ Rosario

☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

2460

FALLECIDO: Nombre Josefina Castro Castro D.N.I. Nº 33044868-D
id. de los padres Jose - Carmen
Naturaleza Buon Provincia Cauma
Día, mes y año de nacimiento 20-4-1933
Profesión mxels Estado viuda Domicilio avda 1019 39
Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 7 de nov de 2016
Domicilio avda 1019 39. mxels
Cementerio Santa crs de mxels Ayunt.º Buon
Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. Josefina Castro Castro ^{LN SEÑOR 11}
Cuñada de Manuel Vaso (Don)
falleció en avda 1019 - mxels en el día de 7-4-2016 a los 92 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos María y Josefa Vaso Castro

Hijos políticos Luis Peres mlt y Felipe Vaquez Tynny
nieta: Luis y Miguel peres ; Jaser (+) y Pablo Vaquez

Padres nieta política: Monica, Fany

Abuelos Bisnietos: Carla, Martin y Clara

Padres políticos _____

Hermanos Jose (+), Carmen, Manuel, Ramon (+) Castro Castro

Hermanos políticos S.

Relacionados-S.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos S. Primos S.

y demás familia.- Conducción _____

Funerales viércoles 16:45

en la iglesia de Santa crs de mxels

CASA MORTUORIA: portal 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

Cambio por graduación

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de

Colegio de

CÉRTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105956531

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.Dr. Belén Sánchez Bujalbo
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Santiago

, con el número
, co número

Colegio actual

1º de colegiado/a

Colegio actual

1º de colegiado/a

1ª colegiación

1ª colegiación

1ª colegiación

1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento
Data de nascimentoDía 20
DiaMes 04
MesAño 1988
AñoSexo:
Sexo:Varón
VarónMujer
MullerDocumento
de identidad:
Documento
de identidade:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.
☐ Pasaporte
☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)Número:
Número:
Número:
Número:

330448684

Número:
Número:Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunciónHora : minutos
Hora : minutos

08:00

Día 07
DiaMes 04
MesAño 2026
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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)

Hemorragia por ruptura de aneurisma

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Aneurisma de la aorta abdominal

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

(c)

Demencia senil

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

Hipertensión arterial

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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
Accidente de tráficoNo/ Non
Sí/ SiAccidente laboral
Accidente laboralNo/ Non
Sí/ SiFecha del mismo:
Data do mesmo:Día
DiaMes
MesAño
AñoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem 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 Buenos, a 7 de Julio de 2026

Firma del médico
Sinatura do médico

Servicio de Urgencias
de San Juan
50141
Sébastian Sanz

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 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 30 00 00 00
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 00 00 02 00
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 02
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

00 00 00 05
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

00 00 00 10
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera 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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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 defunción, 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 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 Años 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 30 00 00 00
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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 00 00 02 00
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 02
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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

00 00 00 10
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: Diabete

00 00 00 10
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas o 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 ordo de causalidade.



LICENZA DE ENTERRAMIENTO

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE BRIÓN
EXPEDIENTE NÚM.20260407/023786 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/D^a JOSEFINA CASTRO CASTRO con Documento Identificativo DNI y N^o 33044868D, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 07 de ABRIL de 2026, as 08:00 horas, ocorrida en DOMICILIO- AVDA. DE NOIA, 39 OS ÁNXELES- BRIÓN; CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas hábiles desde a do falecemento.

En Brión o 07 de ABRIL de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
07/04/2026 14:02

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
MERCEDES RODRIGUEZ FRAGA

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:mzPH-QzWr-hzrD-ph5H

