

OTROS CONCEPTOS

24 R.B. **PAGADO** *Hermano Nina y familia web 5.945*
 50 R.B. "Familia López Camiña" 0.212 0

FALLECIDO: *Marcos José Camino* *unido*
 Fecha de fallecimiento *25-5-2026*
 Domicilio *11. dñico*
 Teléfonos: *637288058 - 667205728*
 E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	<i>C-1</i>	Medida	<i>1'90</i>
Capilla ardiente	<i>Berta 2"</i>	Sala Prep. Si: <i>X</i> Libro <i>X</i> Si: <i>570/55/2898</i>	
Gestión funeraria	Si: <i>X</i>	☐ Tramitación UUV	<i>177</i>
Carroza traslado	<i>Hospital - Tart.</i>		<i>109</i>
Prensa	<i>NO</i>		
Radio	<i>X</i> <i>Horten</i>		<i>11736</i>
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<i>NO</i>		
Ómnibus acompañamiento	<i>NO</i>		
Turismo	<i>NO</i>		
Certificado médico	<i>NO</i>		
Carroza	<i>NO</i>		
Ayunt.º: Sepultura	<i>NO</i>		
Iglesia	<i>San Pedro de Bugarallo</i>		
Incineración	<i>NO</i>		
Presencia	<i>NO</i>		
Cantores	<i>NO</i>		
Flores	<i>NO</i>		
Registro Civil	<i>NO</i>		
Personal	<i>NO</i>		
Destino	<i>NO</i>		
Funeral	<i>NO</i>		
Urna	<i>NO</i>		
Campana	<i>NO</i>		
35/50	<i>35/50</i>		
75/30	<i>75/30</i>		

FALLECIDO: Nombre Mercedes Josefa Camino Vener D.N.I. N° 7046-1946-E
id. de los padres Anteac e Julia
Naturaleza Ames Provincia Coruna
Día, mes y año de nacimiento 13-4-1940
Profesión Buon Estado Galicia Domicilio A Telera y -Bostael

Fallecimiento: Fecha: 19:40 horas del día 25 de Mayo de 2025
Domicilio HOSPITAL CLINICO
Cementerio San pedro de Bugallido Ayunt.º Ames

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. Mercedes Josefa Camino Vener LA SEÑOR

falleció en Telera Bostavales en el día de 25-5-2025 a los 85 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Jose Antonio Camino Vener

Hijos políticos Refugio de Casa: Mercedes Camino Vener, Carlos Calvo Calvo, Cristina y Claudia Calvo Camino, uª Jose Busto Bouches; David y Alicia Calvo Busto

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos - German (+), Arturo (+), Benigna, Concepción, Manuel, Jose Antonio, Maria, Jose, Ramon, Andres y Ramiro y Josefa Camino Vener

Hermanos políticos Refugio de Casa: 181

Nietos Bisnetos Tios de Sobrinos Primos y

y demás familia.- Conducción

Funerales 19:45

en la iglesia de San pedro de Bugallido

CASA MORTUORIA: Apostol 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

10



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105968374

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Hernique Villena García ^{LEÓN} ~~de~~ Real
D. / Dña. _____
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número _____
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en _____, co número _____
y con ejercicio profesional en Santiago de Compostela
e con exercicio profesional en _____

Colegio actual Nº de colegiado/a
Colegio actual Nº de colegiado/a

1 5 4 8 9 7 5 2

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

[illegible]

Fecha de nacimiento **Día** **Mes** **Año** **Sexo:** Varón ☐ Mujer ☒
Data de nascimento *Dia* *Mes* *Ano* *Sexo:* *Varón* ☐ *Mujer* ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 76461912-E
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 18 : 40 Día 25 Mes 05 Año 2026
 Hora e data da defunción Hora : minutos 18 : 40 Día 25 Mes 05 Año 2026

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

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / **Causas de defunción** (consultar instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) SEPSIS RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) DETERMINO COGNITIVO

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

[illegible]

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

[illegible]

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

[illegible]

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

Sí/Si ☐ No/No ☒

¿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 laboral No/Non ☒
 Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso



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 **26 de mayo de 2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MERCEDES JOSEFA CAMIÑO NÚÑEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **76461912E** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **25 DE MAYO DE 2026** a las horas **19:40** 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.



