

## OTROS CONCEPTOS

ma. SOR.B. Raúl, Haroldo, Esther y Alba.

Haderas Ramos,

entre 18 roses bl., Policie y familia ~~med.~~ ~~sanu~~ ~~med.~~

18/05/2016  
Cavaria Pese  
S. Maria MCG  
09/05/2016

entre id possible: **PACAP** **Targets** **TV**  
Simplifies

STAO E.V (B.Y.R) **PAGADO** PSICÓLOGO NIGUER • TRV

Olivia Ramon Carrera Varquez y Espinoza

AQ01 X / Libre

|  |        |  |
|--|--------|--|
|  | Aqui X |  |
|--|--------|--|

FALLECIDO:

Periferias

Fecha de fallecimiento ..... 9 Julio 2026 .....

Domicilio: Fenevas

Teléfonos: 658 663350 Alfonso

E-mail:

| CONCEPTOS                         |                                                         |                                          | Servicio prestado |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|
| Arca modelo                       | CA                                                      | Medida                                   | 1'90              |
| Capilla ardiente                  | TOURAL                                                  | Sala Prep.                               | SI Libro NO       |
| Gestión funeraria                 | SI                                                      | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV |                   |
| Carroza traslado                  | <del>Mancha - Tanatorio</del>                           |                                          |                   |
| Prensa                            | <del>CORREO N° 2 (Viernes)</del>                        |                                          |                   |
| Radio                             | <del>Se queda en domicilio (Pituro 1014)</del>          |                                          |                   |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas | NO                                                      |                                          |                   |
| Ómnibus acompañamiento            | NO                                                      |                                          |                   |
| Turismo                           | id.                                                     | CURA SALE AL TANATORIO                   |                   |
| Certificado médico                | SI                                                      | Registro Civil: <del>X</del> O Pina      |                   |
| Carroza                           | Personal                                                | <del>X</del> Prado                       |                   |
| Ayunt.º: Sepultura                | <del>SAN VERÍSINO DE TERREIROS</del>                    |                                          |                   |
| Iglesia                           |                                                         |                                          |                   |
| Incineración                      | Urna:                                                   |                                          |                   |
| Presencian                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Destino                                  |                   |
| Cantores                          | <del>FAMILIA</del> Funeral: <del>X</del> JESÚS          |                                          |                   |
| Flores                            | <del>CORONA ROSAS ROJAS: TU ESPOSO</del>                |                                          |                   |
|                                   | <del>4 " BANCAS: TUS HIJOS</del>                        |                                          |                   |
|                                   | <del>CENTRO 18 ROSAS PUNJES: NOA, MARCO Y LEO</del>     |                                          |                   |

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ..... ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre PURIFICACIÓN CARREIRA CODESIDO D.N.I. Nº 33254061V  
id. de los padres RAMON E ISOLINA  
Naturaleza O PIVO Provincia A CORUÑA  
Día, mes y año de nacimiento 3 DE FEBRERO DE 1960  
Profesión 4A SANTIAGO Estado ASADA Domicilio (Touro nº 14

Fallecimiento: Fecha: 05:00 horas del día 9 de JULIO de 2026  
Domicilio San Verísimo de Ferreiros, 13- O PIVO  
Cementerio San Verísimo de Ferreiros Ayunt.º O PIVO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

D/ña. Purificación Begoña Carreira Codesido LA SEÑORA  
Vecina de Sanhago

falleció en en el día de 9/07/2026 a los 66 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Manuel Alfonso Rúa Blanco

Hijos Ana, Rúa Carreira  
y Alfonso

Hijos políticos Miguel Angel Bahamonde Torres

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Dolores, José y María Teresa Carreira Codesido

Hermanos políticos Si

Noa, Marco y Leo

Nietos Bisnetos Tíos Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de

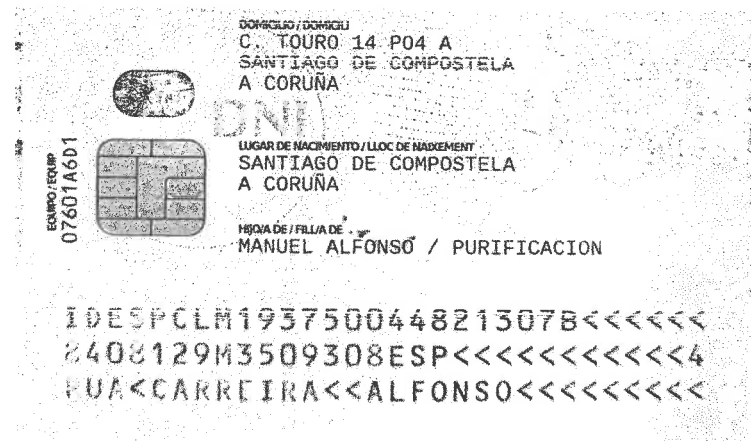
CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



FALLECIDA





105938389

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña. GERMANO GARCIA FARIJANO  
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en  
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en  
y con ejercicio profesional en  
e con exercicio profesional en

A CONUJA  
SANTIAIGO

, con el número  
, co número

Colegio actual  
Colegio actual

Nº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a

151509228

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 Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento

☒

D.N.I.

Número:

33254061-V

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

Pasaporte

Número:

de identidad:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

¿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 instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado  
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a)

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

Debido a/Debido a

(d)

CANCEROMA MICROCTICO DE PULMON

Horas

Días

Meses

Años

II. Otros procesos / Outros procesos

(e)

Horas

Días

Meses

Años

¿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

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Accidente de tráfico

Sí/ Si

Accidente laboral

Sí/ Si

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso  
Continúa ao reverso



¿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 01 de Julio 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 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 Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 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

- 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.

### 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 Defunção.

**Causa básica de defunção:** "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 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) Hemorraxia cerebral

debido a 3 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 2 Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Meses Años

#### 4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á 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 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

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- 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 orde de causalidade.



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 **09** de **JULIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D<sup>a</sup> **PURIFICACIÓN CARREIRA CODESIDO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33254061V** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **09 DE JULIO DE 2026** a las **05:00** horas acaecida en **O PINO**.

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



