

10/8

18 R.B. TUSP. 18 R.B. LORCAÑO • TPV
 18 R.B. FLORUDA e hijos SA •

18 RB v Flinders & Hayes 2A

ST. 82

E-mail:

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Carmen Vicites Mosquera D.N.I. Nº 33228797-F
id. de los padres Daniel - Amalia
Naturaleza Amer Provincia Coum
Día, mes y año de nacimiento 10-2-1951
Profesión Eugallido Amer Estado Letra Domicilio ateiro 35

Fallecimiento: Fecha: 02:05 horas del día 15 de Julio de 2021
Domicilio 1/1 conxo
Cementerio San pedro de Bugallido Ayunt.º Amer

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. Carmen Vicites Mosquera L SEÑOR

falleció en ateiro - Bugallido. en el día de a los 25 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Jose Alberto Vicites Mosquera

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Josefa Clara, uª palmira, y Bernardino (+) Vicites Mosquera

Hermanos políticos Antonio Reijas (+), Marcelo Rio,

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Ri Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales Letra

en la iglesia de San pedro de Bugallido

CASA MORTUORIA: apostal. R. 3.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

No



https://certificados.cgcom.es

NMLFB8B0SR

Id. electrónico/Id. electrónico



Colegiado de

Ilustre
colegio oficial de médicos
de ourense

Colegiado de

103969940

Sello/Carimbo

Nº Certificado/Nº certificado

Colegiado actual
Colegiado actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

D./Dña. ELENA PÍN BALDA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A COLUNDA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

con el número

co número

151514523

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

CANMEN

1º Apellido del fallecido/a:

1er. Apellido do falecido/a:

VICENTES

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

MOSQUENA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

10

Mes

Mes

02

Año

Año

1951

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

X

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

33228797-F

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

02 : 05

Día

Día

15

Mes

Mes

07

Año

Año

2026

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

SANTIAGO 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 instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) ENFACASO MÚLTIPLE ORGANICO

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Debido a/Debido a

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

(c) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DETERIORO COGNITIVO

Debido a/Debido a

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

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Sí

Accidente laboral

Sí/Sí

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

En SANTIAGO DE

En COMPOSTELA

a 15 de JUNIO

de 2026

Firma del médico

Sinatura do médico



A

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 **15 de JULIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **CARMEN VIEITES MOSQUERA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33228797F** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **15 DE JULIO DE 2026** a las **02:05** horas 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.



