



FALLECIDO: Nombre FÉLIX MANUEL CIGARRÁN MARTÍNEZ D.N.I. N° 33186382- G  
id. de los padres MARIA AURORA / FÉLIX  
Naturaleza RIBADEO Provincia LUGO  
Día, mes y año de nacimiento 01 DE ENERO DE 1948  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado CASADO Domicilio LUGAR SEOANE, Nº45  
RECESENDE - TEO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 01:05 horas del día 4 de DICIEMBRE de 2024  
Domicilio SEOANE, 45 - RECESENDE - TEO  
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre Mila Vicente Mondelo

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ ; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. Beatriz Cigarrán Vicente ( Hija ) D.N.I. 33300786-Y  
domiciliado en Casa, 14-1 Cabo - TEO

L SEÑOR

D/ña. FÉLIX MANUEL CIGARRÁN MARTÍNEZ

falleció en \_\_\_\_\_ en el día de 4-12-24 a los 76 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a MILA VICENTE MONDELO  
Hijos BEATRIZ CIGARRÁN VICENTE

Hijos políticos ENRIQUE DOMÍNGUEZ MUÑOZ

Padres \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Hermanos políticos \_\_\_\_\_

ÁLVARO Y MIGUEL

Nietos ↑ Bisnietos \_\_\_\_\_ 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



VALIDEZ / VALIDEZ  
19 05 2025

CMF

DNI NÚM.  
33186382G

LUGAR DE NACIMIENTO - LOGAR DE NASCIMENTO

RIRADEO

PROVINCIA-PAIS / PROVÍNCIA-PAÍS

LUGO

HORA DE FILMAR DE

MARIA AURORA / FELIX

DOMICILIO : DOMICILIO

LGAR. SEONE 45

LUGAR DE DOMICILIO : LUGAR DE DOMICILIO

TEO

PROVINCIAE NS. PROVINCIAE NS.

A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO

1577116D1

IDESPASL158144833186382G<<<<<  
4801010F2505196ESP<<<<<<<<<<4  
CIGARRAN<MARTINEZ<<FELIX<MANUE

## FALLECIDO



DOMICILIO / DOMICILIO  
LGAR. CESAR 14  
CALO  
TEO  
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NAI ZEMENTO  
SANTIAGO DE COMPOSTELA  
A CORUÑA

FILHO/A DE / FILHA/A DE  
FELIX / EMILIA

EQUIPO: EQUIPO  
15771L6D1

IDESPCGD125109933300786Y<<<<<  
7406151F3309210ESP<<<<<<<<<4  
CIGARRAN<VICENTE<<BEATRIZ<<<<<

**SOLICITANTE**



OMC

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

104893377

<https://certificados.cgcom.es>

APOCSAVNCK

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. SILVIA HA RODRIGUEZ ALVAREZ

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO

en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO

e con ejercicio profesional en

Colegio actual  
Colegio actualNº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a

151502126

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

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento  
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

Número:

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

Día

Día

Mes

Mes

Año

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 aproximado<sup>1</sup>Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) DADA CADIDO-RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años  
Horas Días Meses AñosCausas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

Debido a/Debido a

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años  
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años  
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) NEO DE PULMON METASTASICO

Horas Días Meses Años  
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

ULCUS GASTRICO

Horas Días Meses Años  
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 ☒  
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐  
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐Continúa 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 incineração

Si/Si ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos  
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos  
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En SANTIAGO, a 4 de DICIEMBRE de 2024  
En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del médico  
Sinatura do médico

Dr. Silvia R. Rodríguez Alvar  
Cecy 12/13071

### 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### 4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anota 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ 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 dizer, 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 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

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: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

#### Outras 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.



MINISTERIO  
DE JUSTICIA



MINISTERIO  
DE JUSTICIA

## LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de FÉLIX MANUEL CIGARRAN MARTÍNEZ, con documento identificativo DNI 33186382G, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 4 de diciembre de 2024, a las 01:05 horas, acaecida en Teo (A Coruña).

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

En Santiago de Compostela a , 4 de diciembre de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
04/12/2024 14:09

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR  
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE  
ENCARGADO



RG:huG6-&UBE-fzwK-3w\$A

