

OTROS CONCEPTOS

entre mod 2: CIP_2 , Central Quings Palace web
Fra 1646

escribo Rosalinda las cosas de Laura ~~PAGADO~~ ~~SUMILLOS~~ ~~TEVA~~

J. Martínez: 46-24B-67322298
ETRO + TALLERIO + LIBRO + 2. ORDENAS + CENTRO +
EOL + PLAZIO + SREUGIOSO + INCUBERCIÓN + URNA
NR: 4350€ / S. 913234220.

FALLECIDO: MARÍA ELENA FÉLIZ CARDUCCI

Fecha de fallecimiento

Domicilio

Teléfonos: 639402906 LAURA

...E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	0 CON CRUZ (CERRADA)	Medida	798
Capilla ardiente	TORAL	Sala Prep. SI Libro	854/54/28
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUVV	180
Carroza traslado	RESERVA AL COMPETO		110
HIERROS	X CORREO 2		205
Prensa			
Radio	X HIERROS		11/57
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	1 X 1800 D. J. E. (S. J. E.)		45'00
Certificado médico	SI	Registro Civil: X SANTIAGO	3
Carroza		Personal	190/225
Ayunt. °: Sepultura	POISACA	- 5805 PROP. H. CARRON	
Iglesia	CAPILLA	VIERNES 20-12:00	149
Incineración	SI	Urna: SI	345/145
Presencial	☐ SI ☐ NO	Destino SEPULTURA	110
Cantores	SI FELISA	Funeral: X RICARDO	X
HIERROS	X CORONA: TUESPO R/B	X JOSE - X ROSA	160
	X CORONA: TUS HITAS E HITOS PAUTADOS R/B		160
	X CENTRO 18 R/R "TU MADRE Y HERMANO"		110
	X CENTRO E/C 18 R/B "TUS NIETOS"		110
Sudario	X Cubredifuntos	☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	34/80
			73/50

FALLECIDO: Nombre MARÍA ELENA FEIJÓO CARRIL D.N.I. Nº 33204512 X
id. de los padres ANTONIO Y MARÍA CARMEN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 16 ENERO 1952
Profesión Estado CASADA Domicilio AV. DE FERNANDO DE
(RESIDENCIA) CASAS NOVAS, 33 - SANTIAGO
Fecha: 16:40 horas del día 17 de DICIEMBRE de 20 24
Fallecimiento: Domicilio RESIDENCIA DOUTOR VI SAN LAZARO
Cementerio CEMENTERIO COMPLETO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: Nombre ANGEL JOSE LOPEZ VINSEIRO

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

L SEÑOR

D/ña. MARÍA ELENA FEIJÓO CARRIL
(MAESTRA Y EXDIRECTORA DEL COLEGIO CARDENAL QUIROGA PASCOS)
falleció en (VECINA DE SANCISTURVANS - SANTIAGO) en el día de 17/12/24 a los 72 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a ANGEL JOSE LOPEZ VINSEIRO
Hijos MARIA, SUSANA Y LAURA QUINROY FEIJOO

Hijos políticos JOSE MANUEL FERNANDEZ VIVERO, LUIS SANIN DE LA IGLESIA,
Y DAVID CASTAÑO GASPAS

Padres MADRE: MARIA DEL CARMEN CARRIL CONDE (VDA DE ANTONIO FEIJOO
IGLESIAS)
Abuelos

Padres políticos
Hermanos ANTONIO FEIJOO CARRIL

Hermanos políticos NO
IDANIA, SELBA, ~~SARA~~ SUHAILA Y LUCAS

Nietos Bisnietos Tios SI Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción MIÉRCOLES
Funerales 18:30 H
en la iglesia de CAPILLA COMPLETO
CASA MORTUORIA: SALA
(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33204512X

APellidos, Apellidos
FEIJOO
CARRIL

Nombre, Name
MARIA ELENA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NATIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMIENTO
F ESP 16 01 1952

VALIDEZ / VALIDEZ
21 09 2022 01 01 9999

CIUDAD / CIUDAD
CCY119000

197888

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. SANTAS MARINAS 46 P02 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

HIJOS DE / HIJOS DE
ANTONIO / MARIA CARMEN

15771160V

IDESPCCY119000333204512X<<<<<<
5201167F9901018ESP<<<<<<<<<<<3
FEIJOO<CARRIL<<MARIA<ELENA<<<<

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

78799748T

APellidos, Apellidos
QUINOY
FEIJOO

Nombre, Name
LAURA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NATIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMIENTO
F ESP 02 11 1983

VALIDEZ / VALIDEZ
19 08 2024 19 08 2034

CIUDAD / CIUDAD
CIR146146

458176

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. SANTAS MARINAS 46 P02 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

HIJOS DE / HIJOS DE
VICTORIANO / MARIA ELENA

157711601

IDESPCIR146146578799748T<<<<<<
8311025F3408191ESP<<<<<<<<<<<6
QUINOY<FEIJOO<<LAURA<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJA)



https://certificados.cgcom.es

BBN1ICHPG4

Id. electrónico/Ide. electrónico

Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105183325

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. **MARIA VANESSA PONNAS**
D./Dña. **Δ CORONA**
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **Δ CORONA**, con el número **151510980**
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en **DOHUSVI, SN LAZARO, SANTIAGO COMPOSTELA**, co número **151510980**
y con ejercicio profesional en **DOHUSVI, SN LAZARO, SANTIAGO COMPOSTELA**
e con exercicio profesional en **DOHUSVI, SN LAZARO, SANTIAGO COMPOSTELA**

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: **MARIA ELENA**
Nome do falecido/a: **MARIA ELENA**
1º Apellido del fallecido/a: **FEIJOO**
1er Apelido do falecido/a: **FEIJOO**
2º Apellido del fallecido/a: **CARRELL**
2º Apelido do falecido/a: **CARRELL**

Fecha de nacimiento: Día **16** Mes **01** Año **1952**
Data de nacemento: Día **16** Mes **01** Año **1952**
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: **33204512-X**
Documento de identidade: ☒ D.N.I. Número: **33204512-X**
☐ Pasaporte Número:
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos **16:40** Día **17** Mes **12** Año **2024**
Hora e data da defunción: Hora : minutos **16:40** Día **17** Mes **12** Año **2024**

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? **SANTIAGO DE COMPOSTELA**

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) **PARADA CARDIORESPIRATORIA** **16** **17** **12** **24**
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) **DETERIORO COGNITIVO EVOLUCIONA** **27**
DO, DETERIORO ESTADO GENERAL
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) **DEMENCIA ELAVE** **30**
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? **No/Non**
Si/Sí ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? **No/Non**
Si/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 **Si/Sí** Accidente laboral **Si/Sí**
Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sí ☒ 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 SANTIAGO COM a 17 de DICIEMBRE de 2024

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ 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 Inmediata** 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 Defunção.

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 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e 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 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 MARÍA ELENA FEIJOO CARRIL , con documento identificativo DNI, 33204512X según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 17 DE DICIEMBRE DE 2024 a las 16:40 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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 18 DE DICIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
18/12/2024 13:32

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:xRe5-kFck-pvdG-tnKq

