

OTROS CONCEPTOS

Centra 18 rosas bl. Atlántico Ponte web •
Centra Mod 2: Trabajadores OS C Fontinas TPV •
Centra 24 RA: Loli Viudo de Angel (Sincinik) •
Centra C RB: Tus Sobrillas Sánchez Otero •
Centra Mod 1: Con centro Puri TPV •
Centra C RB: Con centro tus sobrillas de Pampelona TPV •
Centra 4 DRB: Familia Seane Vigo TPV •

Fla: 1638

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

FALLECIDO: SANTIAGO SEANE VILLAVARDE WGB SF: 843 ST: 596
Fecha de fallecimiento 16 - DICIEMBRE - 2024
Domicilio H. CLINICO - MIRAMONTES (GRIXDA)
Teléfonos: 657448939 Susana (Grixda) E-mail:

CONCEPTOS				Servicio prestado
Arca modelo	201	Medida	1'90	1775 -
Capilla ardiente	SALA PRATERIAS	Sala Prep.	SI	Libro SI
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUVV		
Carroza traslado	HOSPITAL - COMPLEJO			
Prensa	CORREO , 3			
Radio	VEZ MARTES			
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO			
Ómnibus acompañamiento				
Turismo	id.	SALA AL TANATORIO		
Certificado médico	SI	Registro Civil	SANTIAGO	
Carroza	Personal			
Ayunt.º: Sepultura	PINELO (Nicho LIBRE)			
Iglesia	GRINOA			
Incineración	Urnas CAMPANERO (AVISA FAMILIA)			
Presencian	☐ SI	☐ NO	Destino	CUBIERTO
Cantores	Funeral: D. VÍCTOR			
Flores	1 CORONA ROSAS ROSAS: TU ESPOSA • 1 CORONA ROSAS BLANCAS: TUS HIJOS •			
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario				

MIÉRCOLES 16:30

IGLESIA STA MARTA, IGLESIA VISTA ALEGRE

JOANA (FAMILIA) → FAMILIA SANTIAGO SEANE
ENTERRAR AQUI LIBRE

MIÉRCOLES 16 DE DICIEMBRE 11:30
CASA AGRIETA

Nombre SANTIAGO SEOMNE VILLAUERDE D.N.I. Nº 33019326-C
id. de los padres JONQUIN Y CARMEN
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 11- AGOSTO- 1933
Profesión Estado CASADO Domicilio MIRAMONTER, 2 - GRIXOA SANTIAGO

FALLECIDO:

Fecha: 20:30 horas del día 16 de DICIEMBRE de 2024
Domicilio H. CLÍNICO
Cementerio SANTA MARIA DE GRIXOA Ayunt.º SANTIAGO

Fallecimiento:

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. SUSANA SEOMNE OTERO (Hija) D.N.I. 33268842-D
domiciliado en R/VISTA ALGORA, 16 - SANTIAGO

D/ña. SANTIAGO SEOMNE VILLAUERDE L SEÑOR

falleció en en el día de 16-12-24 a los 91 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a
Hijos

Hijos políticos

Padres
Abuelos

Padres políticos
Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos Primos
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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



Colegio de

Sello/Carimbo

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

105524555

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. ANA SOLER TELEJANO
D. / Dña. A. CAÑA
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago, con el número 15415173579
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en Santiago, con el número 15415173579
y con ejercicio profesional en Santiago, con el número 15415173579
e con ejercicio profesional en Santiago, con el número 15415173579

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: STANISLAW
Nombre do falecido/a: STANISLAW
1º Apellido del fallecido/a: SEJANE
1º Apellido do falecido/a: SEJANE
2º Apellido del fallecido/a: VILLAVARDE
2º Apellido do falecido/a: VILLAVARDE

Fecha de nacimiento 11/11/1988 Día 11 Mes 11 Año 1988
Data de nacemento 11/11/1988 Día 11 Mes 11 Año 1988

Documento de identidad: 33049326-C D.N.I. Número: 33049326-C
Documento Pasaporte Número: 33049326-C
de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencial) Número: 33049326-C
N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: 33049326-C

Hora y fecha de la defunción 20:30 Hora : minutos 20 : 30 Día 16 Mes 12 Año 2024
Hora e data da defunción 20:30 Hora : minutos 20 : 30 Día 16 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 ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na páxina 2) Intervalo de tiempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) Debido a/Debido a Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

(c) Debido a/Debido a Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

(d) Debido a/Debido a Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
INFECCION RESPIRATORIA BRONCOA Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
DIEMENCIA AVANZADA Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Si ☐ No/Non ☒ ¿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 ☒ Fecha del mismo: Día 16 Mes 12 Año 2024
Accidente de tráfico Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐ Data do mesmo: Día 16 Mes 12 Año 2024

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Sí ☒ 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 12 de 2024
En , a de de

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
Horas 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
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

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

1.Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2.Evitar abreviaturas y/o siglas.

3.Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.

4.Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.

5.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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defuncção se comece pola **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 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 transcorrido 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 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 máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Exemplo:

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral debido a
Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial debido a
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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.

Exemplo: (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.

Exemplo: Diabete

Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

1.Emplegar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2.Evitar abreviaturas e/ou siglas.

3.Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.

4.Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.

5.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.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

02



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de SANTIAGO SEOANE VILLAYERDE , con documento identificativo DNI, 33019326C según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 16 DE DICIEMBRE DE 2024 a las 20:30 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 17 de DICIEMBRE DE 2024 .



RG:&Psf-ZUkc-8mBz-Uk5c

