

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: MARCELINO NOYA REY

Fecha de fallecimiento 7 - ENERO - 2025

Domicilio RUA MAGDALENA, 18, 1B - MILLADOIRO

Teléfonos: 654028227 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo CA - ARTAVIA Medida	
Capilla ardiente BERTA "DOS" Sala Prep. SI Libro	
Gestión funeraria SI ☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado CONVIVIO - TANAT. APOSTOL BERTAH.	
TEXES Prensa CORREO N° 2 (SUEVES)	
16:00 Radio A VEZ MIERCOLES	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	
Ómnibus acompañamiento NO CONSERVACIÓN	
Turismo id. 16:15 RECOGER EN IGLESIA	
Certificado médico SI Registro Civil: AMES	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura VILVESTRO - SANTIAGO PINELO	
Iglesia SANTA MARIA DE VILVESTRO	
Incineración NO Urna: NO	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino CAMPANERO (BUSA WUA)	
Cantores ANA Funeral: JOSE BARCIA	
90% Flores CORONA: TUS HERMANOS Y HERMANAS POUCAS	
7 CORONA: TUS SOBRINOS	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

WUJ
ST:2
Partido 1
14.05.2025

FALLECIDO: Nombre MARCELINO NOYA REY D.N.I. Nº 33235925 M
id. de los padres MANUEL / OLGA MARÍA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 25-11-1958
Profesión Estado SOLTERO Domicilio RUA MAGDALENA, 18, 1º B
MILLADOIRO (AMES)

Fallecimiento: Fecha: 14:43 horas del día 7 de ENERO de 2025
Domicilio SU DOMICILIO - RUA MAGDALENA, 18, 1º B - MILLADOIRO
Cementerio SANTA MARÍA DE VILLESTRO Ayunt.º AMES

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo; Página

DECLARANTE D. JESÚS NOYA REY (HERMANO) D.N.I. 33197278 K
domiciliado en TRAS IGLESIA, 17 - VILLESTRO - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña. MARCELINO NOYA REY
(NATURAL DE VILLESTRO) (VECINO DE MILLADOIRO - AMES)

falleció en en el día de a los 66 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos RAMÓN, MANUEL, JESÚS Y JOSÉ NOYA REY

Hermanos políticos LUISA MESIAS, Mª JESÚS BOTANA Y MANUELA CONDO

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción JUEVES DÍA 9 - 16:30 HORAS

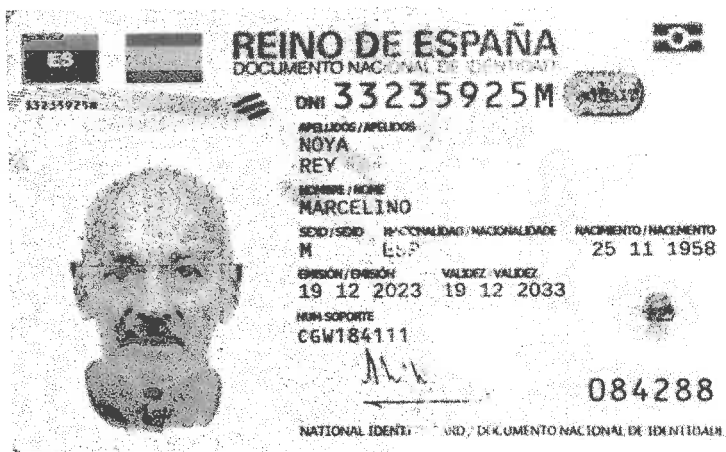
Funerales

en la iglesia de SANTA MARÍA DE VILLESTRO

CASA MORTUORIA: INMORTUARIO APOSTOL BERTANIRANS - 2.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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





CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105525460

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

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

Francisco Javier López Agreda

Santiago de Compostela

Milladoiro

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

151510514

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 25

Mes 11

Año 1958

Sexo:

Varón

Mujer

Documento
de identidad:
☒ D.N.I.
☐ D.N.I.
☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número: 33235925-M

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día 07

Día 07

Mes 01

Mes 01

Año 2025

Año 2025

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FIBRILACION VENTRICULAR

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵INSUFICIENCIA CARDIACA
TVNS DAI

¿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 07

Mes 01

Año 2025

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 próteses

En Madrid, a 8 de Enero de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico
7237366
FRANCISCO JAVIER LOPEZ
REDA 36/10514.8

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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.

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 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 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 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar 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 causalidad.

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: TANATORIO APOSTOL BERTAMIRÁNS - AMES
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO S.L.
Ubicación del establecimiento: RUA FONTALDEIRO, 7 – BERTAMIRANS - AMES

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO	DNI: 44813362R
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado Nº 12/16/TR/SAN00140	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: MARCELINO NOYA REY		Nacionalidad: ESPAÑOLA	
Dni/NIE/Pasaporte: 33235925M	Sexo: HOMBRE	Edad: 66	Fecha nacimiento: 25/11/1958
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 07/01/2025 14:43 – RÚA MAGDALENA, 18, 1º B – MILLADOIRO - AMES			
Causa fallecimiento: FIBRILACION VENTRICULAR – PARADA CARDIORRESPIRATORIA			
Destino final: CEMENTERIO DE SANTA MARÍA DE VILLESTRO - SANTIAGO			

Siendo las 08:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:



Conservación transitoria:



Refrigeración



Congelación



Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.



Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.



Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 8 de enero de 2025

El profesional que realiza la técnica
JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO
44813362-R
TANATOPRACTOR
12/16/TR/SAN00140

José Manuel Rodríguez Castelao
44813362R

Sello, nombre y Firma Representante de empresa
Funeraria Tanatorio Apóstol Santiago S.L.
CIF: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela
☎ 24 HORAS: 981 56 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARCELINO NOYA REY
, con documento identificativo 33235925M según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 07 DE ENERO DE 2025
a las 14:43 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 08 DE ENERO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
08/01/2025 11:51

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:MxDa-\$\$tJ-AW9t-RYMd

