

OTROS CONCEPTOS

CPV S.M.P. 349
entro F.V. ? Blanca Pastor Abuido
CPV S.M.P. 348
N.C.R.O. (var. 2) P.A.M. COMPANHEIRAS DE 2º C.
CPV S.M.P. 350
N.C.R.O. (var. 2) P.A.M. COMPANHEIRAS DE 2º C.
CPV S.M.P. 351
Corona 50 rosas rojas. 135 capullos. 12300. Vainilla y
familias S.B.S.Y.
CPV S.M.P. 352
Corona 40 rosas blancas. 135 capullos. 12300. Vainilla y
familias S.B.S.Y.
CPV S.M.P. 353
PAGADO Record Santiago web

FALLECIDO: ANTONIO SENDE CEBEY
Fecha de fallecimiento 9- MARZO -2024
Domicilio SOBRIÑOS, 5. ARINS (HIVIA)
Teléfonos: 653 981540 Maria (MOTORE-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	1'9 87146
Capilla ardiente	SALA QUINTANA	Sala Prep.	Si Libro Si 660 54/2125
Gestión funeraria	3	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado	DOMICILIO - COMPLETO		108
Prensa	CORREO - 2	INSERCIÓN →	210
	X RADIO	Familia paga de 114'88	
Radio			
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id. bono Taxi		60
Certificado médico	X Si	Registro Civil: Santiago	3
Carroza		Personal	48'90/103/148'90
Ayunt.º: Sepultura	ARINS - NICHOS LIBRE	FINADO	125
Iglesia	CAPILLA COMPLETO		151
Incineración		Urna: CAMARANO	60 70
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino PATRONATO	
Cantores	NO	Funeral: JUAN LENTORA	X60 98866
Flores	1 CORONA R.R. TU ASPIEN		143
	1 CORONA R.B. TUS HIJOS E HIJOS POCALMOS		143
	1 CORONA R.B. TUS HIJOS E HIJOS POCALMOS		143
	1 CENTRO 18 R.B. TUS BISNIETAS		80
(ENCIMA CASH)			
Sudario	☐ Cubredifuntos	☒ Acondicionamiento	27'80/73'50
Rosario			

PAGADO ANTONIO SENDE

FALLECIDO: Nombre ANTONIO SENDE CEBEY D.N.I. Nº 33168769-D
id. de los padres MANUEL Y MANUELA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 5 - FEBRERO - 1938
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio SOBRINS. 5 - ARINS
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fallecimiento: Fecha: 14:50 horas del día 9 de MARZO de 20 25
Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio SAN MARTIN DE ARINS Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

EL SEÑOR

D/ña. ANTONIO SENDE CEBEY
(VECINO DE SOBRINS. ARINS. SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de _____ a los 87 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa A ELVIRA PEREIRA IGLESIAS

Hijos MARCELO, ANA MARIA Y MARIA VICTORIA SENDE PEREIRA

Hijos políticos ALFONSO BACUJA, JOSE ANTONIO VAPORCE Y ALFONSO VICTOR BACUJA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos NO

Hermanos políticos SI

* NIETOS POLITICOS: OLGA SAMARTIN Y ADRIAN CASTRO

* ANTONIO Y CONCHI; ANSELMO Y ANA; FERNANDO Y SILVIA

Nietos _____ Bisnietos SI Tios _____ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales DAVIDA, SOFIA Y JUAN

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



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105528603

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ADRIANA REGINA POA
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA
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

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15323196

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:

ANTONIO

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apelido do falecido/a:

CENDE

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apelido do falecido/a:

CEBESY

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 05

Mes 02

Año 1938

Sexo:

Varón ☒

Mujer ☐
Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

33168769-0

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos

14:50

Día 09

Mes 03

Año 2025

¿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 ☐
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) PARKINSON

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

DETERIORO COGNITIVO

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 de tráfico Sí/Si ☐

Accidente laboral No/Non ☒
Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: 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, a 9 de MAYO de 2025

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

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 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 excluíntes, é dizer, 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5

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 causalidade.



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ANTONIO SENDE CEBEY, con documento identificativo DNI 33168769D, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte del 09 de MARZO de 2025, a las 14:50 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 10 de MARZO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
10/03/2025 10:38

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:bebm-8YZ5-k4fB-pZnC

