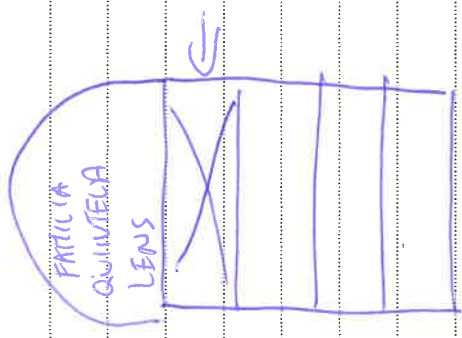


OTROS CONCEPTOS

Centro 18 Rosas Rojas: Familia López Carneiro •  
644.86.37.63 - 658.70.24.77 (posibles dobles)

**PAGADO** Familia Roberto Carlos • TFM (recaudación)  
SIMPLI. SSI  
Familia Carlos Otero •

**PAGADO** (77): amigos de TFM (recaudación) TPV •  
SIMPLI. SSI



2 Coruña

FALLECIDO: Andrés Quinela López  
Fecha de fallecimiento: 22 Abril 2025  
Domicilio: M. (Luico) 262  
Teléfonos: 1ª Quinela 685648461 E-mail: 685648461

| CONCEPTOS                         |                                                                                                                                          |                                          | Servicio prestado   |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|
| Arca modelo                       | C1                                                                                                                                       | Medida                                   | MATE 1900 61150     |
| Capilla ardiente                  | QUINTANA                                                                                                                                 | Sala Prep.                               | Libro Si 640547825  |
| Gestión funeraria                 | Si                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV | 173                 |
| Carroza traslado                  | HOSPITAL - TANATORIO                                                                                                                     |                                          | 109                 |
| Prensa                            |                                                                                                                                          |                                          |                     |
| Radio                             | XVEZ MIERCOLES                                                                                                                           |                                          | 11488               |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas | NO                                                                                                                                       |                                          |                     |
| Ómnibus acompañamiento            |                                                                                                                                          |                                          |                     |
| Turismo                           | id. CURA SAVE AL COMPLEJO                                                                                                                |                                          | 60                  |
| Certificado médico                | X Si                                                                                                                                     | Registro Civil: Santiago                 | 3                   |
| Carroza                           | Si (2)                                                                                                                                   | Personal                                 | 17550/8875/14550    |
| Ayunt.º: Sepultura                | Santa Teonas                                                                                                                             |                                          | (Finco) 125         |
| Iglesia                           | Capilla Complejo.                                                                                                                        |                                          | 151                 |
| Incineración                      | Urna:                                                                                                                                    |                                          | 102142              |
| Presencian                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO                                                                                  | Destino: Arroyo Aves                     | 25100               |
| Cantores                          | Si Suso Luou                                                                                                                             | Funeral: Juan Juan García                | 90 102142           |
| Flores                            | Corona 40 R. Roja "Marcos" •                                                                                                             |                                          | 143                 |
|                                   | Corona 40 R. Blanca "Hana" •                                                                                                             |                                          | 143                 |
|                                   | Corona F. Caya "Sin Cuka" •                                                                                                              |                                          | 70                  |
| Sudario                           | <input checked="" type="checkbox"/> Cubredifuntos <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input type="checkbox"/> Rosario |                                          | 21/10 7350<br>21/10 |

FALLECIDO: Nombre Andres Quintela Lopez D.N.I. N° 3323 1094 6  
id. de los padres Antonio y Carmen  
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña  
Día, mes y año de nacimiento 18 Noviembre 1956  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado VIUDO Domicilio C/ VOLTA DO CASTRO Nº 30 - SANTIAGO.

Fallecimiento: Fecha: 20:55 horas del día 22 de ABRIL de 2025  
Domicilio Hospital Clinico Santiago  
Cementerio Santo Tomé de Ames Ayunt.º Ames

Cónyuge: Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ ; Página \_\_\_\_\_

DECLARANTE D. María del Carmen Quintela Leus ( hija ) D.N.I. 44826927-L  
domiciliado en C/Volta do Castro Nº30 Santiago.

EL SEÑOR

D/ña. Andres Quintela Lopez

Vdo. de María Consolación Leus Salvante - Verano de Santiago

falleció en \_\_\_\_\_ en el día de \_\_\_\_\_ a los 68 años

confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

~~Su esposo/a~~

Hijos María del Carmen y Marcos Quintela Leus

~~Hijos políticos~~

Padres \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Hermanos políticos \_\_\_\_\_

Nietos \_\_\_\_\_ Bisnietos \_\_\_\_\_ Tíos \_\_\_\_\_ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción \_\_\_\_\_ y demás. Si

Funerales \_\_\_\_\_

en la iglesia de CAPILLA COMPLEJO

ORTUORIA: QUINTANA

RECIBE DUELO \_\_\_\_\_

Nota: no apartado

APRIL 22 2025  
Declaración  
Enviar  
D. D. D.





D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

y con ejercicio profesional en  
e con ejercicio profesional en

A CORUÑA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual  
Colegio actual

Nº de colegiado/a  
Nº de colegiado/a

151511562

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:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento  
de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

☒ Pasaporte

Número:

Documento  
de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

Documento  
de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

¿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 trabajo

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) ISQUEMIA IRREVERSIBLE  
MIEMBRO INFERIOR

Horas  
Días  
Meses  
Años

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b) INFECCION PROTESICA ABDOMINAL

Horas  
Días  
Meses  
Años

(c)

Horas  
Días  
Meses  
Años

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

(d) ARTERIOPATIA PERIFERICA

Horas  
Días  
Meses  
Años

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

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?/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 prótesis

En Santiago de C., a 22 de 04 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐  
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 ☐☐ ☐☐ ☐☐  
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

☐☐ ☐☐ ☐☐ 10  
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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐  
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 ☐☐ ☐☐ ☐☐  
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

☐☐ ☐☐ ☐☐ 10  
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

☐☐ ☐☐ ☐☐ 5  
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 ambigüedades.
- 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



MINISTERIO  
DE JUSTICIA

**LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN**

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ANDRÉS QUINTELA LÓPEZ , con documento identificativo DNI, 33231094G según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 22 DE ABRIL DE 2025 a las 20:55 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 23 DE ABRIL DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
23/04/2025 12:16

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR  
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE  
ENCARGADO



RG:qA7f-ecG7-u7Ju-5z\$d

