

OTROS CONCEPTOS

799 Relicario 375
PAGADO
 entre md. I. **PAGADO** Mediano Solamara
 factura: Floristas y Decoración Bedunia, S.C. TAN
 337483989
 Cl. Nueva Torres n°18 Solamara 37007
 wispbedunia.com / 676231343

FALLECIDO: **EDUARDO FERRÁN FUENTES**
 Fecha de fallecimiento: **12-JUNIO-2025**
 Domicilio: **ROSA 21-7 - SANTIAGO**
 Teléfonos: **649426088 SUMA (Hijo)** E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-0 S/CRISTO Medida 1's	995
Capilla ardiente SMA 7000X Sala Prep. S: Libro NO	640/54
Gestión funeraria S: ☐ Tramitación UUW	173
Carroza traslado DOMICILIO - COMPLETO	102
Prensa 3	375
Radio NO	7240
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	
Ómnibus acompañamiento id. / Reagrer en Colado de S. Pato	
Turismo id. / Santiago	3
Certificado médico S:	
Carroza Personal	12450
Ayunt.º. Sepultura	
Iglesia CAPILLA COMPLETO	
Incineración S: (12/15)	151
Presencian ☐ SI ☐ NO	+ Relicario (don) 351/9070
Cantores NO	Destino: CATEDRA FAMILIAR
Flóres 1 CANTO : TE QUEREMOS D. E. GARCIA 95	Funeral: Don JOSE MARIA (AVISTADO) (FAMILIAR)
	24 R.B. (CINEMA CASA)

☒ Sudario ☐ Cubrefúnebres ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario **4**

FALLECIDO: Nombre EDUARDO FERRÁN FUENTES D.N.I. N° 07568143-Q
id. de los padres AGUSTÍN Y FRANCISCA
Naturaleza SEQUEROS Provincia SALAMANCA
Día, mes y año de nacimiento 31-MAYO-1930
Profesión Estado CASADO Domicilio ROSA, 21-F - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 3° horas del día 12 de JUNIO de 2025
Domicilio SO DOMICILIO
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: | Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. JUANACULADA FRANCISCA FERRÁN ANEGÓN HIAS) D.N.I. 33293217-Q
domiciliado en R/DAS ARRIBADOR, 7 P4C- SANTIAGO

EL SEÑOR

D/ña. EDUARDO FERRÁN FUENTES
(NATURAL DE SEQUEROS - SALAMANCA) (NACIDO DE SANTIAGO)

falleció en en el día de a los 95 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a CARMEN ANEGÓN BEDATE
Hijos EDUARDO, JESÚS, CARMEN, CANTO, INMA, FERNANDO, AGUSTÍN Y RUBÉN
FERRÁN ANEGÓN

Hijos políticos S:

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos RITA (H), MARI (H), TININ (H), ADA Y JUAN JOSÉ FERRÁN FUENTES

Hermanos políticos ~~DA MARIJA~~ MARIJA BLANCO (viuda JOSE LUIS ANEGÓN BEDATE)

Nietos Políticos: SI

Nietos SI Bisnietos SI Tíos Sobrinos SI Primos SI

CAPILLA (TOU- INCINERACIÓN)

SALIDA ENTERRO: 11.30

SALIDA PERSONAL: 10.15

FERNANDO
CAMPOS
ANXO
YIYI

INTIMIDAD FAMILIAR.

partado NO SE RECIBE FZOR → DONACIÓN

15771L6D1

1DESPAEG168203807568143Q<<<<<<
3005316M9901018ESP<<<<<<<<<<2
FERRAN<FUENTES<<EDUARDO<<<<<<<

FALLECIDO

DOMICILIO
URBN. CANTERAS ESMERALDA 32
VILLAMAYOR
SALAMANCA

37507A6D1

LUGAR DE NACIMIENTO
ESTEIRO
MUROS
A CORUÑA
MUJER DE
EDUARDO / MARIA DEL CARMEN

IDESPBIQ155458533277628D<<<<<
6511223F2811268ESP<<<<<<<<<1
FERRAN<ANEGON<<MARIA<DEL<CARME

DECLARANTE (HIJA)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105613406

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Sello/Carimbo

Colegio de

D./Dña: Señal Ulstein Redino

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago de Compostela, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Santiago de Compostela, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexado/a

1509767-8

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: EDUARDO
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: FERRAN
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: FUENTES
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 31 Mes 05 Año 1930
Data de nacemento: Día Mes Ano
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 07568143-Q
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora: minutos 03:00 Día 12 Mes 06 Año 2025
Hora e data da defunción: Hora: minutos Día Mes Ano

¿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 Otro lugar

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

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PARO CARDIO-RESPIRATORIO
NO TRAUMATICO
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) INSUFICIENCIA CARDIACA
Debido a/Debido a

(c) PORTADOR DE MARCAPASOS
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) SENECTUD - VEJEZ
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Sí ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? 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 Ano

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 próteses

En Santiago, a 12 de junio de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]
HOSPITAL FONTE SANTI
MEDICO INTEN
110000000

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

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 imediata** 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 defunção: "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 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.

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

5 Outros procesos:

Otros 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 ambigüidades.
 - 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.

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: COMPLEXO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.
Ubicación del establecimiento: SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: DAVID DOMÍNGUEZ REY	DNI: 33293470G
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado de profesionalidad 12/1700003550/SAMP0108	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: EDUARDO FERRÁN FUENTES			Nacionalidad: ESPAÑOLA	
Dni/Pasaporte: 07568143Q	Sexo: HOMBRE	Edad: 95	Fecha nacimiento: 31/05/1930	
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 12 DE JUNIO DE 2025 A LAS 03:00 HORAS EN SANTIAGO				
Causa fallecimiento: PARO CARDIORESPIRATORIO – INSUFICIENCIA CARDÍACA				
Destino final: CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL SANTIAGO				

Siendo las 09:00 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 12 de junio de 2025

El profesional que realiza la técnica

DAVID DOMÍNGUEZ REY
33293470G
TANATOPRACTOR
12/1700003550/SAMP0108

David Domínguez Rey
33293470G

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.
C.I.F. B15657901
Rúa Bolsaca, 11
15890 Santiago de Compostela
24 HORAS: 981 58 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 EDUARDO FERRAN FUENTES
, con documento identificativo DNI, 07568143Q según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 12 DE JUNIO DE 2025
a las 03:00 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 12 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/06/2025 12:34

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:eMSr-EZsV-zYK6-eetc

