

OTROS CONCEPTOS

extra modelo ~~PAGADO~~ ~~5337~~ ~~8327~~ cad 08/26 66633843
4766 6427 ~~5337~~ ~~8327~~ cad 08/26 66633843
ste colgar 40 rosas bl (157'300). Te recordaremos
que Tu hermano ~~PAGADO~~ ~~5337~~ ~~8327~~ cad 08/26 66633843
Simple 1302 8:20m

Simple 1304
70V

FALLECIDO: GLORIA MARIA LOPEZ LOPEZ

Fecha de fallecimiento 8 - SEPTIEMBRE - 2025

Domicilio H. CLÍNICO - SANTIAGO (Jardón - Santiago)

Teléfonos: FERNANDO 600 53 90 02 E-mail: fernando.lopez@hotmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-0	Medida
Capilla ardiente	PRATERIAS	Sala Prep. Si Libro NO
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUW
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO	
Prensa	NO	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo id.	SI	Registro Civil: SANTIAGO
Certificado médico	SI	Personal Si
Carroza	—	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	—	
Incineración	SI MAÑES 21:00 Urna: BÁSICA GRIS	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	—	Funeral: —
Flores	(FAMILIA)	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre GLORIA MARIA LOPEZ LOPEZ D.N.I. Nº 32774507 J
id. de los padres MANUEL Y MARIA LIBERTAD
Naturaleza SADA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 8 - MAYO - 1964
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio CASAS DO MONTE, 1
LARAÑO - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 15³⁰ horas del día 8 de SEPTIEMBRE de 2025
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. FERNANDO MANUEL ALCALDE CUESTA (ESPOSO) D.N.I. 30481282 A
domiciliado en EL MISMO

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ 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

A black and white portrait of a woman with dark hair pulled back, wearing large, dark-rimmed glasses. She is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is a light, textured gray.

0-18-215

Brinkley 766592



15771601

IDESPAC108439032774507J<<<<<<
6405087F2509046ESP<<<<<<<<<<8
LOPEZ<LOPEZ<<GLORIA<MARIA<<<<<



290210

879552

1

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPBGJ106609830481282A<<<<<<
6010162M2802264ESP<<<<<<<<<<6
ALCALDE<CUESTA<<FERNANDO<MANUE



Colegio de

Colegio de

105715136

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. LAURA TEIXEIRO DUT

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

A CORUÑA

con el número
co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

151512767

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

GLORIA MARIA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

LOPEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

LOPEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

08

Mes

Mes

05

Año

Año

1964

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

X

Documento

de identidad:

X

D.N.I.

Número:

Número:

32774507-J

Documento

de identidad:

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

15:30

Día

Día

08

Mes

Mes

09

Año

Año

2025

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro lugar

Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) SEPSIS RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) NEUMONIA

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CANCER DE MAMA METASTASICO

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

MAL CONTROL DOLOR

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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

Accidente de tráfico

No/Non

Sí/Sí

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Sí/Sí

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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 incineração

Si/Si ☒ 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 08 de SEPTIEMBRE 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

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 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 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.

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

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 ☐ ☐

Outras 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



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **09** de septiembre de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a GLORIA MARÍA LÓPEZ LÓPEZ que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 32774507J, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **08** de **09** de **2025** a las **15:30** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
09/09/2025 11:34

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:BNWa-mwcC-xnD8-5pKa

