

OTROS CONCEPTOS

SF643

FALLECIDO: Manuela Silva Fernandez
Fecha de fallecimiento 21 Septiembre 2025
Domicilio H. Piuco REA. // Eduardo Pondal
Teléfonos: 628842439 Adela E-mail: _____

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C-1 CRISTAL</u>	Medida <u>1,80</u>	
Capilla ardiente <u>EDUARDO PONDAL</u>	Sala Prep. <u>—</u> Libro <u>—</u>	
Gestión funeraria <u>SP</u>	☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado <u>HOSPITAL # JORJACUO</u>		
<u>LUNES</u>		
<u>16:30</u>	Prensa <u>—</u>	
	Radio <u>—</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>—</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>—</u>		
Turismo <u>—</u> id. <u>—</u>		
Certificado médico <u>SI</u>	Registro Civil: <u>SANTIAGO</u>	
Carroza <u>—</u>	Personal <u>—</u>	
Ayunt.º: Sepultura <u>SIXTO - JOZON Taboada (delin)</u>		
Iglesia <u>CAPILLA DE LA COMUNIDAD</u>		
Incineración <u>—</u>	Urna: <u>—</u>	
Presencian <u>—</u> ☐ SI <u>—</u> ☐ NO <u>—</u>	Destino <u>—</u>	
Cantores <u>—</u>	Funeral: <u>—</u>	
Flores <u>Don CENTRO F.V.</u>	<u>"COMUNIDAD RELIGIOSA"</u>	
<u>Servicio: 2 Pies madera + Pie agua bendita</u>		
☒ Sudario <u>—</u> ☒ Cubredifuntos <u>—</u> ☒ Acondicionamiento <u>—</u> ☐ Rosario <u>—</u>		

Nombreid. de los padresNaturalezaDía, mes y año de nacimientoProfesiónEstadoDomicilio

MANUELA SILVA FERNÁNDEZRICARDO Y LEONISA DOZON28 DE AGOSTO DE 1941SOLTERAEDUARDO BUAL, 28 - SANTIAGO (A CORUÑA)

D.N.I. Nº35399140-RProvinciaPontevedra de25

Fecha: 21:40 horas del día 21 de SEPTIEMBRE de 2025

DomicilioSANTAGO (A CORUÑA)

CementerioSIXTOAyunt.º DOZON

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

D/ña. _____ L SEÑOR _____

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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIADA
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105635176



Colegio de

MÉDICO
PANTEVEDRA
Colexio de

Sello/Carimbo

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. BORJA GESSO DE LA FUENTE
D. / Dña. A CORUÑA, con el número 151513966
en Medicina y Cirugía, colegiada en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número 151513966
en Medicina e Cirurxía, colexiada en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número 151513966
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: Nome do falecido/a:	P A N J E L A			
1º Apellido del fallecido/a: 1er Apellido do falecido/a:	S I L V A			
2º Apellido del fallecido/a: 2º Apellido do falecido/a:	F E R N A N D E Z			
Fecha de nacimiento Data de nacemento	Día 28	Mes 08	Año 1991	Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Documento de identidad: Documento de identidade:	☒ D.N.I. Número: 35399140-R ☐ Pasaporte Número: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)			
Hora y fecha de la defunción Hora e data da defunción	Hora : minutos 21:40	Día 21	Mes 09	Año 2025
¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? <u>SANTIAGO DE COMPOSTELA</u>				
Domicilio particular Domicilio particular	☐ Centro hospitalario Centro hospitalario	☒ Residencia socio-sanitaria Residencia socio-sanitaria	☐ Lugar de trabajo Lugar de traballo	☐ Otro lugar Outro lugar

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluido.

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na páxina 2) Intervalo de tiempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)	P A R A D A C A R D I A C A	Debido a/Debido a	Horas Días Meses Años
-----	-----------------------------	-------------------	--------------------------------

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)	F A L L O M U L T I O R C A V I C O	Debido a/Debido a	Horas Días Meses Años
-----	-------------------------------------	-------------------	--------------------------------

(c)		Debido a/Debido a	Horas Días Meses Años
-----	--	-------------------	--------------------------------

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)	I S Q U E N I A P E S E N T E R I C A	Debido a/Debido a	Horas Días Meses Años
-----	---------------------------------------	-------------------	--------------------------------

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

			Horas Días Meses Años
--	--	--	--------------------------------

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ¿Se practicó autopsia clínica? / Practícouse autopsia clínica?

Si/Si ☐ No/Non ☒ Si/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 Accidente de tráfico	No/Non ☒ Si/Si ☐	Accidente laboral Accidente laboral	No/Non ☒ Si/Si ☐	Fecha del mismo: Data do mesmo:	Día Mes Año
--	---	--	---	------------------------------------	-------------------

¿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 DE , a 21 de SEPTIEMBRE de 2015
En CONPOSTELA , a de de

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

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

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

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

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.

Mod. CMD-BED-G

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda que no cubrimiento das causas de defunción se comece pola **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 transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

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

Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciua 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

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

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: Diabetes

Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.

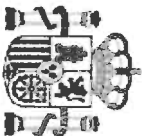
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.

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.

02



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 22 de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MANUELA SILVA FERNÁNDEZ que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 35399140R según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **21** de **09** de **2025** a las **21:40** 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.



RG:PsnZ-8FFHa-B4KZ-vCRU

