



FALLECIDO: Nombre MANUEL IGLESIAS AHENEIRO D.N.I. N° 33018266-H  
id. de los padres MANUEL / MERCEDES  
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA  
Día, mes y año de nacimiento 10-02-1932  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado VIUDO Domicilio RESIDENCIA A RAFOLA -  
S. MARCOS

Fallecimiento: Fecha: 14:00 horas del día 21 de SEPTIEMBRE de 2025  
Domicilio RESIDENCIA SAN MARCOS  
Cementerio S. MARTIN DE LARAÑO Ayunt.º STGO.

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ ; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) D.N.I. \_\_\_\_\_  
domiciliado en \_\_\_\_\_

D/ña. EL SEÑOR MANUEL IGLESIAS AHENEIRO (VDO. CONSUELO DE LOS ANGELES GARCIA SEORANE)  
falleció en VIDAN - SANTIAGO en el día de 21/9/2025 a los 93 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a \_\_\_\_\_  
Hijos MERCEDES Y MANUEL (+) IGLESIAS GARCIA.

Hijos políticos JUAN CARLOS LOPEZ VAZQUEZ

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos NO

Hermanos políticos SI

Nietos A LAURA LOPEZ IGLESIAS. Bisnietos NO Tios NO Sobrinos SI Primos SI

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

Funerales \_\_\_\_\_

en la iglesia de CAPILLA COMPLEJO.

CASA MORTUORIA: SOLO QUINTANA

(SI / NO) SE RECIBE DUELO \_\_\_\_\_

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO  
IGLESIAS  
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO  
AMENEIRO  
NOMBRES / NOMBRE  
MANUEL  
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDAD  
M ESP  
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTOS  
10 02 1932  
CODIGO  
APP163139  
VALIDO HASTA / VALIDO HASTA  
01 01 9999

ESPAÑA

GMM

DNI NÚM.  
33018266H

*Manuel Iglesias Ameneiro*







Colegio de

MEDICO

PONTEVEDRA

Colegio de

105751182

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. SEONGTAEK SEO  
D. / Dña. La Coruña  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en La Coruña, con el número  
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en PAC 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 colexiado/a

151513074

1ª colegiación  
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MANUEL  
Nome do falecido/a: MANUEL  
1º Apellido del fallecido/a: IGLESIAS  
1er Apellido do falecido/a: IGLESIAS  
2º Apellido del fallecido/a: AMENEIRO  
2º Apellido do falecido/a: AMENEIRO

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 02 Año 1932  
Data de nacemento: Día 10 Mes 02 Ano 1932  
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐  
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33018266-H  
Documento de identidade: ☐ D.N.I. Número: 33018266-H  
☐ Pasaporte Número:   
☐ Pasaporte Número:   
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:   
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 14:00 Día 21 Mes 09 Año 2025  
Hora e data da defunción: Hora : minutos 14:00 Día 21 Mes 09 Ano 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 ☐  
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☒ Lugar de traballo ☐ 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 / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) PARADA CARDIO PULMONAR  
Horas  Días  Meses  Años   
Horas  Días  Meses  Anos

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

(b)   
Horas  Días  Meses  Años   
Horas  Días  Meses  Anos

(c)   
Horas  Días  Meses  Años   
Horas  Días  Meses  Anos

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

(d) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA  
CRONICA  
Horas  Días  Meses  Años   
Horas  Días  Meses  Anos

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

Horas  Días  Meses  Años   
Horas  Días  Meses  Anos

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? No/Non  
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 Si/ Si ☐ Accidente laboral Si/ Si ☐  
Fecha del mismo: Día  Mes  Año   
Data do mesmo: Día  Mes  Ano

Continúa al reverso  
Continúa ao reverso

02



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<sup>a</sup> MANUEL IGLESIAS AMENEIRO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº 33018266H según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **21** de **09** de **2025** a las **14:00** 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  
22/09/2025 13:00

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR  
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE  
ENCARGADO



RG:d4cW-8dww-8m7n-X9kU

