

OTROS CONCEPTOS

25.004
SC.294

FALLECIDO: MANUEL CAMPOS CASTAÑO

Fecha de fallecimiento 4 - SEPTIEMBRE - 2025

Domicilio HOSPITAL CLÍNICO (322)

Teléfonos: Carmen 648515146 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo 0	Medida 1,90	
Capilla ardiente CLÍNICO-3	Sala Prep. Libro NO	
Gestión funeraria SI	☒ Tramitación UUVV	
Carroza traslado		
Prensa NO		
Radio NO		
Recordatorios funebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo id.		
Certificado médico X SI	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura -		
Iglesia NO		
Incineración SI	Urna: BASICA (GRIS)	
Presencian ☐ SI ☒ NO	Destino CUSTODIA	
Cantores NO	Funeral: NO	
Flores NO		
☒ Sudario ☒ Cubrefunfos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre MANUEL CAMPOS CASTAÑO D.N.I. Nº 33148033L
id. de los padres CIPRIANO / PALMIRA
Naturaleza ROIS Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 7 - FEBRERO - 1943
Profesión Estado CASADO Domicilio ESTRAMUNDI DE ABAIXO, 251
PADRÓN (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 02:55 horas del día 4 de SEPTIEMBRE de 2025
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio CREMATÓRIO COMPLESO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: | Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. (.....) D.N.I.

domiciliado en

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

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ES

33148033L

APellidos / APELLIDOS
CAMPOS
CASTAÑO

Nombre / NOME
MANUEL

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALITAT
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NAIXEMENT
07 02 1943

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATA D'EXPIRACIÓ
18 09 2023

VALIDEZ / VALIDETAT
01 01 9999

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / NÚMERO D'IDENTIFICACIÓ
CFP126767

734464

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
GOMEZ
TOSAR
NOMBRE / NOME
MARIA DEL CARMEN
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
05 07 1949
NUM. DOCUMENTO
BGD 159670 31 01 2028
VALIDEZ / VALIDEZ
749632

DNI 33194844W



DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. EXTRAMUNDI DE ABAIXO 232
PADRON
A CORUNA



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
BRION
A CORUNA



HIJOS DE / FILLOS DE
MANUEL / PRECIOSA

GRUPO / GRUPO
15771L6D1

IDESPBGD159670233194844W<<<<<<<
4907059F2801315ESP<<<<<<<<<<<<<4
GOMEZ<TOSAR<<MARIA<DEL<CARMEN<

SOLICITANTE



https://certificados.cgcom.es

PBHCPUE62Y

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de



103878619

Nº Certificado/Nº certificado

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

151513423

1ª colegiación
1ª colegiaciónD./Dña. NENGA GONZALEZ GARCIA

D.: / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con ejercicio profesional en

, con el número
, co número

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:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Pasaporte

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

¿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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) SEPSIS RESPIRATORIA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

¿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

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Sí

Accidente laboral

Sí/Sí

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

En

En

SANTIAGO

a

a

4

de

SEPTIEMBRE

de

de

2025

Firma del médico

Sinatura do médico



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 **04** de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MANUEL CAMPOS CASTAÑO Que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33148033L** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **04** de **09** de **2025** a las **02:55** 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.



