

OTROS CONCEPTOS

Centro 18 R.B "Hermanas Santiago Iglesias" ER
Centro 18 R.B "Familia Ramos Balca" Mes 5.1312

FALLECIDO: CELSO ARCEO ADAN

Fecha de fallecimiento 10-SEPTIEMBRE-2025

Domicilio RUA DE MAZOS 167. VILLESTRO. STgo. 754

Teléfonos: 628758250- MANUEL E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1,90	1300
Capilla ardiente	Bertanvans-2	Sala Prep. Si	556+54+2825
Gestión funeraria	Si	Libro Si	173
Carroza traslado	Domicilio-Tanatorio	☐ Tramitación UUV	107
Prensa	17-115	X CORREO N23 jueves	375
Radio	X	X jueves	11488
Recordatorios-fúnebres / tarjetas	X	X 100	23
Ómnibus acompañamiento	ND		
Turismo	4	id. 17th Iglesia Villacho	3
Certificado médico	X Si	Registro Civil X 8780.	17850+107+198
Carroza		Personal	1257
Ayunt.º: Sepultura	X Rinelo		
Iglesia	SANTA MARIA DE VILVETRO-STgo.		
Incineración		Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Pagar Campara + X flechas	
Cantores	X Ana	Funeral: X Don Jose	80(11452)
Flores	X CORONA 2/B: ESPOSA	(25+25+30+80,00)	143
	X CORONA 2/B: HIJOS		143
	X CORONA 2/B: NIETA		143
	X CENTRO 242/B: SIN CISTA (encima)		95
		caja) ☐ Rosario	3470

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

7350

FALLECIDO: Nombre CELSE ARCEO ADAN D.N.I. Nº 33019933Y
id. de los padres MANUEL Y JOSEFA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26-11-1935
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA DE MUROS 167
STGO

Fallecimiento: Fecha: 11:30 horas del día 10 de SEPTIEMBRE de 2025
Domicilio RUA DE MUROS 167 - VILLESTRO - STGO.
Cementerio SANTA MARIA DE VILLESTRO Ayunt.º STGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. CARMEN RODRIGUEZ RIAL (ESPOSA) D.N.I. 33142436-B
domiciliado en RUA DE MUROS 167 - VILLESTRO - STGO.

EL SEÑOR
D/ña. CELSE ARCEO ADAN

falleció en PONTE DE ROXAS - STGO en el día de 10-09-2025 a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a CARMEN RODRIGUEZ RIAL
Hijos MARIA DEL CARMEN Y MANUEL ARCEO RODRIGUEZ.

Hijos políticos JOSÉ CAMILO FREIRE VÁZQUEZ.

Padres NIETA : ANDREA FREIRE ARCEO

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos CARMEN ARCEO ADAN

Hermanos políticos JOSÉ OTERO, CONSUELO (UDA DANIEL CONDE),
FLORINDA (UDA PEDRO PIÑEIRO) Y ESPERANZA (UDA DE VICTORINO RIVAS)

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos 81 Primos 81

y demás familia.- Conducción JUEVES SEIS MENOS CHARRO

Funerales _____

en la iglesia de SANTA MARIA DE VILLESTRO

CASA MORTUORIA: APOSTOL (BERTA) 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105714137

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. José Suero Juez, licenciado
 D. / Dna. A CORUÑA, con el número
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago de Compostela, co número
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
 y con ejercicio profesional en
 e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
75 5536
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: CELSO
 Nome do falecido/a:
 1º Apellido del fallecido/a: ARCEO
 1º Apelido do falecido/a:
 2º Apellido del fallecido/a: ADAN
 2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 20 Mes 11 Año 1935
 Data de nacemento Día 20 Mes 11 Ano 1935
 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
 Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33019933-7
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 11:30 Día 10 Mes 09 Año 2025
 Hora e data da defunción Hora : minutos 11:30 Día 10 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 ☐ Otro lugar ☐
 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
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SEPSIS
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) INFECCIÓN URINARIA
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DEMENCIA
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

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

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 Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

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 prótesis

En Santiago, a 10 de Septiembre de 2015

Firma del médico
Sinatura do médico

473586
DR. JESUS SUEIRO
JUSTEL 151/5055560

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 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 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 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

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, anotaranse 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. 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 ☐ ☐ 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 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.



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 **11** de septiembre de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a CELSO ARCEO ADÁN que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33019933Y**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **10** de **09** de **2025** a las **11:30** 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.



