

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: NADIA CARMEN CENDÓN VÁQUEZ

Fecha de fallecimiento: 17-SEPTIEMBRE-2025

Domicilio: RUA CRUCEIRO DO SAIO, Nº 17, 3º

Teléfonos: 650004999 (PAIOTA FILHA)

E-mail: carla.pereira.cendon@gmail.com

ST-466
SC-3M

PAQUETE COLAR

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	X CO	Medida 190 780.00
Capilla ardiente	X CADADA (17-9-2025) Sala Prep X S. Libro	54
Gestión funeraria	X SI	173
Carroza traslado	X Domicilio - CORREJO	107
Prensa	NO	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo id.		
Certificado médico	X SI PAC	3
Registro Civil	X SANTIAGO	129.50
Personal		351
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	CEVITAS CUSTODIA FAMILIAR	
Incineración	SI 14.00 Urna: REDONDA SAL BIO	160.00
Presencian	☐ SI ☒ NO	
Destino		
Funeral		
Cantores		
Flores	NO	34.70
		37.70
		73.50

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre ANITA CARMEN CENDÓN VÁZQUEZ D.N.I. Nº 34.588.077-X
id. de los padres José RAÚL /CARMEN
Naturaleza OURENSE Provincia OURENSE
Día, mes y año de nacimiento 20 - JUNIO - 1948
Profesión _____ Estado DIVORCIADA Domicilio RUA LUAR DO CARNE, 15
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fallecimiento: Fecha: 20:30 horas del día 17 de SEPTIEMBRE de 20 25.
Domicilio RUA CRUCEIRO DO GAILO, Nº 17, 3º SANTIAGO.
Cementerio CREMATÓRIO APÓSTOL SANTIAGO Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. Carola Pereira Cendón (hija) D.N.I. 45874705D
domiciliado en Luar do Carne, 15 - Stp.

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

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
CENDON
VAZQUEZ
NOMBRE / NOME
MARIA CARMEN
SEXO / SEXO F NACIONALIDADE / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
20 06 1948
NUN. SUPORT VALIDEZ / VALIDADE
BJW139714 01 01 9999

DN: 34588077X

749120

FALLECIDA



REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



458747050



DNI 458747050

APELLIDOS
**PEREIRO
CENDON**

NOMBRE
CARLOTA

SEXO
F

NACIONALIDAD
ESP

NACIMIENTOS
27 12 1988

EMISION
04 03 2022

VALIDEZ
04 03 2032

NUM. GORRITO
CBT158263



357632

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL IDENTIDAD

SOLICITANTE (Hija)

106041891

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña. M^{ra} DEL CARMEN RODRIGUEZ FACAL
D. / Dña. LA CORUÑA, con el número 6371
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARIA CARMEN
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: CENDON
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: VAZQUEZ
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 06 Año 1948 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento: Día 20 Mes 06 Ano 1948 Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 34588077-X
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. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 20:30 Día 17 Mes 09 Año 2025
Hora e data da defunción: Hora : minutos 20:30 Día 17 Mes 09 Ano 2025

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

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 aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) Debido a/Debido a

(c) Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) CARCINOMA PULMONAR
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Debido a/Debido a

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Si ☐ No/Non ☐ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? 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 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

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem 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
En

Santiago, a 17 de sept.

de
de

2025

Firma del médico
Síntura 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 00 00 00
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 debido a 00 00 00 00 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 00 2
Horas Días Meses Años

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 00 Días 00 Meses 00 Años 5

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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 **Inmediata** 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 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 dizer, 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 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 00 00 00 00
Horas Días Meses Años

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 00 00 00 00 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 00 2
Horas Días Meses Años

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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 00 Días 00 Meses 00 Años 5

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 18 de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA DEL CARMEN CENDÓN VÁZQUEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **34588077X** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **17** de **09** de **2025** a las **20:30** 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.



