

OTROS CONCEPTOS

entre 18 cosas que: Tarde. Tus amigos los pases de Renate

FALLECIDO: Manuel Peón Parajo

Fecha de fallecimiento 26-9-2025

Domicilio H. Clínico. Ricardo Muñoz, 4

Teléfonos: 636316387 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	
Capilla ardiente Bert 3	Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado H. Clínico - Tanatorio		
Carroza N° 3 bus		
Prensa		
Radio		
Recordatorios fúnebres tarjetas 100		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo Si id. Taxi Lita		
Certificado médico Si	Registro Civil: Santiago	
Carroza	Personal	
Ayunt.: Sepultura Ames	Pinelo (cambio cenizas)	
Iglesia S. Juan de Oso		
Incineración	Urna: Campesino 70 (249)	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores Cacheda (en mano)	Funeral: J+2	
Flores Corona: Tu esposa		
Corona: Tu hija e hijo político		
Corona: Tus nietos		
Carroza y R.B. Etc. Bisnietos (x bus)		

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

~~Litales entregados a Renate~~

FALLECIDO: Nombre D.N.I. Nº
id. de los padres
Naturaleza Provincia
Día, mes y año de nacimiento
Profesión Estado Domicilio

Fallecimiento: Fecha: horas del día de de 20.....
Domicilio
Cementerio Ayunt.º

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

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Narel Leon Paraja
Fecha de fallecimiento 26-9-2025
Domicilio Ra do Muño 2º-1-
Teléfonos: 93376387 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	
Capilla ardiente	Sala Prep. Libro	
Gestión funeraria	☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado		
Prensa	<u>Cao - 1º</u>	
Radio	<u>Viernes 1</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo id.		
Certificado médico	<u>Si</u> Registro Civil: <u>Antiguo</u>	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	<u>Amen</u>	
Iglesia	<u>San Juan de año</u>	
Incineración	Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	Funeral:	
Flores	<u>Kao - Gpoc</u> <u>Kao - Uije e H. politico</u> <u>Kao - Uije</u> <u>Monjo su n. plano Kaja Dimietes</u>	

☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Manuel Peon Parajó D.N.I. N° 33148300x
id. de los padres Jesús - Josefa
Naturaleza Teo Provincia Caura
Día, mes y año de nacimiento 27-7-1944
Profesión Bentamirano Estado Canado Domicilio Rua do Muino
Fecha: _____ horas del día 25 de Septiembre de 2025
Fallecimiento: Domicilio H. clínico
Cementerio San Juan de Atonio Ayunt.º Ames

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

D/ña. Manuel Peon Parajó EL SEÑOR

falleció en Rua do Muino - Bentamirano en el día de 25-9-2025 a los 84 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a U^a del Carmen Martínez Rial.
Hijos Ana Peon Martínez

Hijos políticos José Gerardo Proupin Taveira (Chito)

Padres Nietos: ~~Guillermo~~ Cristian y Candela

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Roberto Peon Parajó

Hermanos políticos Si

Nietos Alfredo Bisnietos Si Tíos _____ Sobrinos Si Primos Pr

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Salado 10:45

en la iglesia de San Juan de Atonio

CASA MORTUORIA: apostal. ?

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

20

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO - PRIMER APELLIDO
PEON
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
PARAJO
NOMBRE / NOME
MANUEL
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
21 07 1941
IDESP
ASB132160
VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

PPM

DNI NUM.
33148300X



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TEO
PROVINCIA / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA
MUNICIPIO DE / MUNICIPIO DE
JESUS / JOSEFA
DOMICILIO / DOMICILIO
C. MUIÑO 49
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
BERTAMIRANS
AMES
PROVINCIA / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA

BOLETO / BOLETO
15771L601

IDESPASB132160833148300X<<<<<<<
4107217M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<3
PEON<PARAJO<<MANUEL<<<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

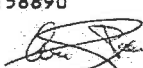
REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ES

33271829Y

DNI 33271829Y

APellidos / APELLIDOS
PEON
MARTINEZ
Nombre / NOME
ANA MARIA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO
18 12 1966
EMISION / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
21 12 2021 21 12 2031
NÚM. SORTEO
CBE158890



538432

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA, PEDREGAL 10 01 P01 D
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

BOLETO / BOLETO
15771L601

PROVINCIA / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA

IDESPCBE158890433271829Y<<<<<<<
6612186F3112216ESP<<<<<<<<<<<<<9
PEON<MARTINEZ<<ANA<MARIA<<<<<<<<

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105718186

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Setlo Carimbo

CORUÑA

D./Dña.
D. / Dna.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO COMPOSTELA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153205158

1ª colegiación
1ª colexiación

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:

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) FALTO MULTORGANICO
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b) SERBISASDOMINIA
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses Años(c)
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) COLEPOCOULTIVAHS
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵EPOC OSEHSAD WILLENENH
BOCOMACQUA NEUMATICAHoras 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
Accidente de tráfico

No/Non

Sí/Si

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non

Sí/Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:Día
DíaMes
MesAño
AñoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen 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 Intero, a 26 de febrero de 2015

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

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 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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento 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 transcurrido 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 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.

Exemplo:

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) Hemorragia 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, anotarase 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. 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.



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 26 de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MANUEL PEÓN PARAJO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33148300X** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **26** de **09** de **2025** a las **05:44** 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.



