

OTROS CONCEPTOS

BONA 100 R.B: "TO ESOSA"
 BONA M3 FV B: "PAULA, EVA, FRANCISCO, BLANCA, ANTOINE Y ALBERT"
 BONA M3 FV B: "TES NIGROS + ANDRÉS, ANA, ANTON, ALBA"
 13380 Y PABLO
 BONA (SOR R): EMPRESA TEN. +1901397
 BONA (SOR R): MARCOS, SAUL Y DAVID +1901409
 BONA: ENTAMIENTOS ECOLOGICOS DEL NOROESTE
 F: BISA971799 lugar domina, 15822 TAURO
 aud. gonzalez @ tensl.com 671551427
 BONA (100 R): PERSONAL GRUPO FRANCISCO GOMEZ
 BONA: VANESA RODRIGUEZ FUENTES 44830595 F
 BONA a mina sln - TAURO xgrupolq@lgame7.es
 BONA (100 R): CAMARA OFICIAL PABLO DE GAVIA
 BONA (100 R): CON CARPETA
 BONA (100 R): GALCINIA web
 BONA (24 R R): TALLERON web
 BONA: Talleres SL - BISA936668 +1901403
 BONA: de P Camara
 BONA - Santiago tellurion@gmail.com

15:30 ->

FALLECIDO: FRANCISCO GOMEZ NOVOA
 Fecha de fallecimiento: 15 - OCTUBRE - 2025
 Domicilio: H. CLINICO / C. OURENSE, 1 - SGO
 Teléfonos: 669.821.993 EVA (Hisa)
 E-mail:

CONCEPTOS	2 PIES MADERA	Servicio prestado
Arca modelo 201. CRISTAL	Medida 19	1856
Capilla ardiente Domicilio	Sala Prep. Si Libro No	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	HOSPITAL - Domicilio MORTUO	
Prensa	TERREO - 3	
Radio	LA VOZ N2. ED GENERAL	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	LA VOZ N2. ED GENERAL	
Ómnibus acompañamiento	LA - Farcars 1515	
Turismo	id. Recoger en S. Fernando 15:45	
Certificado médico	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	Personal	
Avunt.º: Sepultura	Bosaca	
Iglesia	SAN FRANCISCO a las 16:00 horas	
Incineración	Si 17:00 H Urna: GARDE ORO	298
Presencia	☒ SI ☐ NO Destino	
Cantores	Soprano + Músicos Funer. D. Saguin	
Flores	CARD 24 R. B: "TO FAMILIA"	
	1 corona 100 R.B: "DIRECCION Y PERSONAL DE GRUPO EMPRESARIAL"	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

15:30 ->

FALLECIDO: Nombre FRANCISCO GÓMEZ NOVA D.N.I. Nº 33153583-A
id. de los padres FRANCISCO Y BENITA
Naturaleza PUNXIN Provincia OURENSE
Día, mes y año de nacimiento 19. JULIO - 1945
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio C/ ORENSE, 1.
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 17.05 horas del día 15 de OCTUBRE de 2025
Domicilio H. CLÍNICO
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. EVA GÓMEZ PORTELA (HIJA) D.N.I. 33300499-H
domiciliado en R/ REPÚBLICA DE EL SALVADOR, 12. G. SANTIAGO

EL SEÑOR

D/ña. FRANCISCO GÓMEZ NOVA
(NATURAL DE PUNXIN - OURENSE) (VECINO DE SANTIAGO)
falleció en _____ en el día de _____ a los 80 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/a CONCEPCIÓN PORTELA ROMERO
Hijos PAULA, EVA, FRANCISCO Y BLANCA GÓMEZ PORTELA

Hijos políticos ANTOINE NOIRHOMME Y ALBERTO LÓPEZ,

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos MARIA JESÚS GÓMEZ NOVA

Hermanos políticos ISABEL FIGUEIRAS, ~~JOSE PORTELA~~ TERESA PORTELA ROMERO,
REMEDIOS GARCÍA, ESTAN Y BERNARDO LLIBREGAT
→ ANDRÉS, ANA, ANTON, ALBA Y PABLO

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

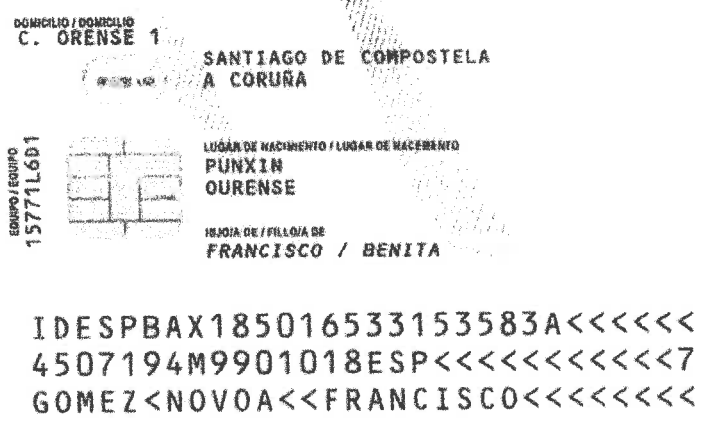
en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

DIRECCIÓN Y PERSONAL DEL
GRUPO DE EMPRESAS ALDO F. GÓMEZ Y CIA S.L.
EMPRESARIA.



FALLECIDO



SOLICITANTE
(HIJA)



Colegio de



105716418

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. REBECA ALDAR MARTÍNEZ, GRAQUADA
D. / Dña.
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 exercicio profesional en

Colegio actual
Colexio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514227

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: FRANCISCO
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: GÓNEZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: NOVOA
2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 07 Año 1945
Data de nacemento: Día Mes Ano
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33153583-A
D.N.I.
☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 17:05 Día 15 Mes 10 Año 2025
Hora e data da defunción: Hora : minutos Día Mes Ano

¿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 trabajo 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) FALLO MULTIORGÁNICO
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SEPSIS
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c)
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
Debido a/Debido a
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 15 de OCTUBRE de 2025
En, a de de

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 pola **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 Defunção.

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 excluíntes, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Anos

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Anos

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Anos

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de FRANCISCO GÓMEZ NOVOA, con documento identificativo 33153583A, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte del 15 de OCTUBRE de 2025, a las 17:05 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela, a 16 de OCTUBRE de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
17/10/2025 09:23

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:DabM-d5n\$-vxvA-GURS

