

OTROS CONCEPTOS

(sin cargo)
D 18 R.R.: LUIS Y ANA • TPV (S.1404)
RONA 40 R(B/R): SOBRINOS DE LAVACOLA • TPV (S.1403)
CENTRO FV (MOD 2) R.R.: PATRICIA Y FAMILIA • TPV (S.1402)
CENTRO FV (MOD 1) R.R.: O TEU AFILADO • electrones 2254
RONA 40 R(B/R): SOBRINOS DE CESAR • electrones 2254
CENTRO FV: SANTI REY Y FAMILIA • TPV (S.1405)
RONA 50 R.R.: ANTONIO BARBEITO Y FAMILIA • electrones 2254

CENTRO (18 R.B.): EQUIPO DE COSTUMPIEL TPV
CARGADO
CARGA A: COSTUMPIEL SIVA B15486889
da de Heracles, n.º 27 - A CORUÑA 15002
lo @ costumpiel es 981204769

TEON: ~~PILOAR~~ ~~BARBEITO~~ ARRURO VILQUEZ MANSILLA
PILAR LÓPEZ TRA.
(ENCINA OCUPADA - 8' HUECO X ABASTO)

FALLECIDO: MANUEL MANSILLA PÉREZ

Fecha de fallecimiento 3-OCTUBRE-2025

Domicilio CENTRO ONCOLOGICO DE GALICIA-A CORUÑA

Teléfonos: 670 204 132 - ANA. E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 190		871'46
Capilla ardiente PRATERIAS	Sala Prep. SI Libro X SI		660+54+2825
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV		173
Carroza traslado			
Prensa	VOZ DE GALICIA N'2-E.GENERAL.		569
Radio	Cocher hmbob Tramit. hmbob		331, 230,50
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		410
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo id.			
Certificado médico X SI	Registro Civil A CORUÑA		3
Carroza	Personal PINELO		17890+17890
Ayunt.º: Sepultura			150
Iglesia STA. MARIA DE CESAR-STGO.			
Incineración	Urna: X CAHTANA-951X		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores X RAQUEL	Funeral: X D. JAVIER		
Flóres	1 CORONA 40 R. BL. - TUS HIJOS		110 (112117)
	1 CORONA 40 R. ROJ - TUS HERMANAS		143
			143
			2730
			7350

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre MANUEL MANSILLA PÉREZ D.N.I. Nº 33168847-H
id. de los padres SEBASTIÁN Y ANTONIA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 10 - OCTUBRE - 1945
Profesión Estado VIUDO Domicilio C/ANGEL REBOLLO
Nº 83 - 1º DRCH. - A CORUÑA

Fallecimiento: Fecha: 11:55 horas del día 3 de OCTUBRE de 2025
Domicilio CENTRO ONCOLOGICO DE GALICIA - A CORUÑA
Cementerio STA MARIA DE CESAR. Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: | Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo; Página

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

D/ña. EL SEÑOR MANUEL MANSILLA PÉREZ (VDO. PILAR LÓPEZ FRA)

falleció en en el día de 3/10/2025 a los 79 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos
HIJOS, HERMANAS, AMIGOS

Hijos políticos
DEMÁS FAMILIA Y AMIGOS

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de STA. M^{te} DE CESAR.

CASA MORTUORIA: TRATERIAS

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

46896818W

DNI 46896818W

APellidos / APELLIDOS
MANSILLA
LOPEZ

Nombre / NOME
ANA MARIA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
F ESP 24 01 1980

EMISION / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
21 11 2022 21 11 2032

NUM SOPORTE
CDV193321

175552

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
C. ANGEL REBOLLO 83 P01 D
A CORUÑA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
A CORUÑA
A CORUÑA

HIJO DE / FILLO DE
MANUEL / PILAR

15381A6D1

IDESPCDV193321946896818W<<<<<<
8001243F3211212ESP<<<<<<<<<<<6
MANSILLA<LOPEZ<<ANA<MARIA<<<<<


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105480467

Colegio de

A CORUÑA

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

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

154624966

1ª colegiación
1ª colegiaciónD./Dña. PABLO ALVAREZ RODRIGUEZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A CORUÑA

, con el número

y con ejercicio profesional en

A CORUÑA

, co número

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MANUEL

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

MANSILLA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

PEREZ

Fecha de nacimiento

Día

10

Mes

10

Año

1945

Data de nacemento

Día

10

Mes

10

Año

1945

Sexo:

Varón

X

Mujer

Sexo:

Varón

X

Muller

Documento
de identidad:

X

D.N.I.

Número:

33168847-14

Documento
de identidad:

Pasaporte

Número:

Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

11:55

Día

03

Mes

10

Año

2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: A CORUÑA (CENTRO ONCOLÓGICO DE GALICIA)

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro 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) FALLO MULTIORGÁNICO
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años
Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

 (b) METASTASIS PULMONARES
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

 (c) ULCERAS INGUINALES
 SOBREENFECTADAS
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
 (d) CANCER EPIDERMÓIDE DE PENE
 METASTÁSICO
 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 X
 Accidente de tráfico Si/Si
 Accidente laboral No/Non X
 Accidente laboral Si/Si

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

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 A CORUÑA, a 3 de OCTUBRE de 2025

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 ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
Horas Días Meses Años

II

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
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 defuncção 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 transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defuncção, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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 defuncção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
Horas Días Meses Años

II

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabete ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
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.

JUZGADO DE INSTRUCCIÓN
NUMERO SEIS
LA CORUÑA

LICENCIA DE SEPULTURA

A medio de la presente comunicación, se concede permiso para que se proceda a la sepultura del cadáver de **MANUEL MANSILLA PEREZ**, que tendrá lugar en el **CEMENTERIO PARROQUIAL DE SANTA MARIA DE CESAR(Santiago)**, que según el Certificado Médico presentado falleció en **A CORUÑA** , el día **3 de Octubre de 2025** a las **11.55´h**, una vez que hayan transcurrido 12 horas desde su óbito. Todo ello al amparo del Artº 62.2 de la Ley 20/2011, de 21 de julio, y las funciones atribuidas al Letrado de la Admon. De Justicia de guardia por la Circular 5/2022 del Secretario General de la Administración. De Justicia por la que se disponen los Criterios para intervenir en las actuaciones urgentes en materia de Registro Civil, fuera del horario de las oficinas de registro civil.

A Coruña , a 4 de octubre de 2025

El letrado de la Administración de Justicia de Guardia

En funciones de sustitución del Encargado del Registro Civil.



7

