OTROS CONCEPTOS

Corona 40RB: Tus tías Francisca y Mª Teresa TPV • S.1691

PAGADO

Centro 18RB: [illegible] Carpintero Vara TPV • Sim 1695

PAGADO

Centro 18RB: [illegible] y familia TPV • S.1697

PAGADO

Centro 18RB: [illegible] y familia TPV •

PAGADO

Centro Nad. Giselle y Belén •

Corona [illegible] y mil cariños desde el cielo

PAGADO

Espero. • web S.1698

Corona 50RB: Siempre en mi corazón. Jess •

Centro C 40RB: In God's arms may you gently [illegible]

PAGADO

[illegible] Daniel Vara [illegible] TPV web • S.1701

[illegible] MARIÑAS

FALLECIDO: EVA RAMONA RAMIREZ AMAYA NOYA ST-588

Fecha de fallecimiento 25 DE NOVIEMBRE DE 2025

Domicilio H. CLÍNICO // AVDA. ROSALÍA DE CASTRO - MILLADOIRO - AMES

Teléfonos: 685591921 - PABLO E-mail: 679430127 - RICARDO

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-0	Medida 1'90	995
Capilla ardiente TOURAL	Sala Prep. X sí Libro sí	640 + 54 + 28'25
Gestión funeraria sí	☐ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado HOSPITAL – TANATORIO		107
Prensa NO		
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~ X 50		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo id.		
Certificado médico X sí	Registro Civil: X SANTIAGO	3
Carroza	Personal	129'50
Ayunt.º: Sepultura		151 351
Iglesia CAPILLA COMPLEJO APÓSTOL		228'00
Incineración 30 ISACA 23:00	Urna: 2 < Nementón / Azbache	298'00
Presencian ☑ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Funeral: ~~X DESECHO~~ Joseph. 116567	X 60
Flores: CORONA ROSAS BLANCAS: TUS HIJOS • (Libro)		143
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		34'70 34'70
		7350

FALLECIDO:

Nombre EVA RAMONA RAMIREZ AMAYA NOYA D.N.I. Nº 55042677-C

id. de los padres ATILIO / JOSEFA

Naturaleza OZATLAN - USULUTAN Provincia EL SALVADOR

Día, mes y año de nacimiento 13 DE ABRIL DE 1966

Profesión Estado DIVORCIADA Domicilio ADA. ROSALIA DE CASTRO, Nº30-2 MILLADOIRO - AMES

Fallecimiento:

Fecha: 12:05 horas del día 25 de 11 de 2025

Domicilio HOSPITAL CLÍNICO

Cementerio CREMATORIO MUNICIPAL DE BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. RICARDO ANDRES LANZ RAMIREZ AMAYA (HIJO) D.N.I. 54656888-X

domiciliado en AVDA. ROSALIA DE CASTRO, Nº30 - 2ºC - MILLADOIRO - AMES

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 Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

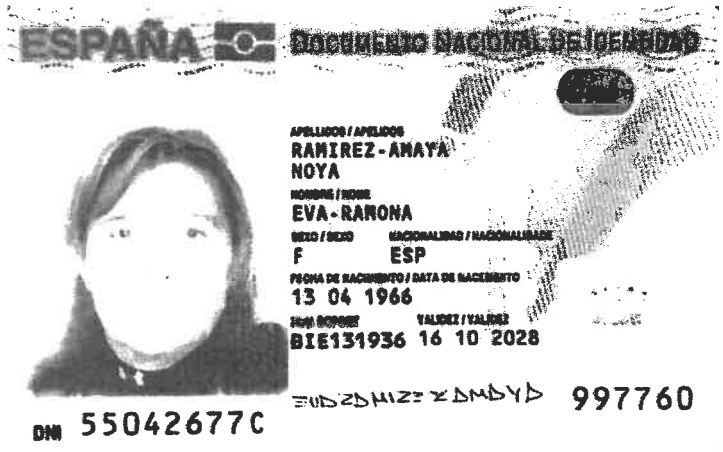
Funerales

en la iglesia de

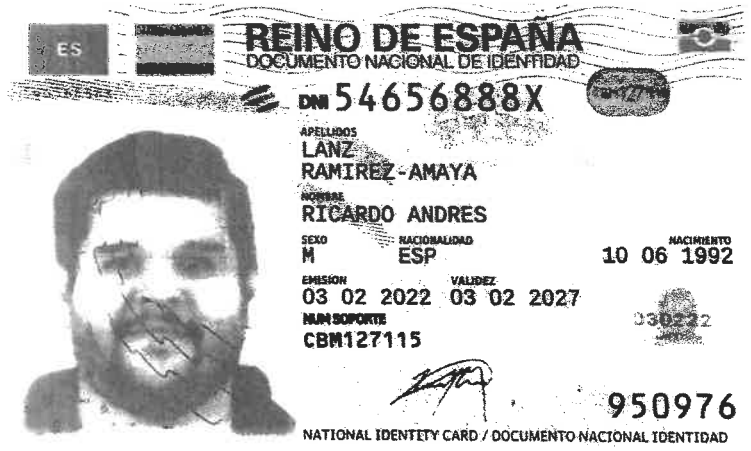
CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



FALLECIDA



DECLARANTE (HIJO)

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — Sello/*Carimbo*

106042084
Nº Certificado/*Nº certificado*

D./Dña. / *D. / Dna.* Paulo Mateo Valente
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A Coruña, con el número / *co número*
y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Santiago de Compostela

Colegio actual / *Colexio actual*: 15
Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15126 58
1ª colegiación / *1ª colexiación*

CLASE 3ª SERIE A

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** EVA-RAMONA
1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** RAMIREZ-AMAYA
2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** NOYA

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 13 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 1966 — **Sexo:** / ***Sexo:*** Varón / *Varón* ☐ Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 55042622-C
☐ 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* 12:05 — Día / *Día* 25 — Mes / *Mes* 11 — Año / *Ano* 2025

¿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 aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]
(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]
(b) NEUMONIA BILATERAL — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]
(d) LINFOMA CEREBRAL REFRACTARIO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]
MIOPATIA ESTERCIDEA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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 / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.E. incluido.
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Sí* ☒ No/*Non* ☐

Incineración condicionada por:/*Incineración condicionada por:* reservorio subcutáneo

☐ **Retirada de Marcapasos/*Retirada de marcapasos***

☐ **Tratamiento con Isótopos Radioactivos/*Tratamento con isótopos radioactivos***

☐ **Existencia de prótesis/*Existencia de prótesis***

En Santiago, a 25 de Noviembre 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 ☐☐ 4 5 ☐☐ ☐☐ (Horas Días Meses Años)

I

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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ 1 0 (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.

Instrucións 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 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 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 ☐☐ 4 5 ☐☐ ☐☐ (Horas Días Meses Anos)

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral debido a ↓ 3 ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ (Horas Días Meses Anos)

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ↓ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐2 (Horas Días Meses Anos)

(c) Pielonefrite crónica debido a ↓ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐2 (Horas Días Meses Anos)

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático ☐☐ ☐☐ ☐☐ 1 0 (Horas Días Meses Anos)

II

5 *Outros procesos:*

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

Exemplo: Diabete ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐5 (Horas Días Meses Anos)

Outras 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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

Nº expediente: **20230706/009436**
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 **NOVIEMBRE** de **2025.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª EVA RAMONA RAMÍREZ-AMAYA NOYA que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 55042677C , según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **25** de **11** de **2025** a las **12:05** 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
26/11/2025 12:53	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	EVA BERNARDEZ PEREIRAS	ENCARGADO

RG:aq7U-zEjZ-x366-NpMy