

OTROS CONCEPTOS

efectivo coop

PAGADO

INTRO 118 R BOP

TRANSACCIONES LEGISLACION Y COMUNA

FALLECIDO: MARIA CAYETANA IGLESIAS SENDE

Fecha de fallecimiento 15-NOVIEMBRE-2025

Domicilio H. Canxo.

Teléfonos: 604050127-José

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	0 (CERRADA)	Medida 1,90
Capilla ardiente	X TEORAL	Sala Prep. si Libro X si
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	X HOSPITAL - COMPLETO	
Prensa	X Correo, 2	
Radio	X EXTRACCIÓN MARCADOS	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	-	
Ómnibus acompañamiento	-	
Turismo	Nosotras id. RECOGER EN S. LAZARO 12:45H.	
Certificado médico	X SI	Registro Civil X SANTIAGO
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Junus 123º	X CAMPANA
Iglesia	X CAPILLA COMPLETO	X Pinedo
Incineración	X SI-133º	Urnas X BASICA
Presencias	☐ SI ☐ NO	Destino HARROZOS
Cantores	X Juver	Funeral X JUAN VENTURA
Flores	X CORONA 40 R.B. - TU ESPASO	X ALVARO 60 (115836)
	X CORONA 40 R.B. - Tus Hitas e Hitas Políticas	X 20 (115837)
	X CENTRO 18 R.B. (E.C.) - TU NIETA	X 143
	X Esquela Iglesia y Bar A Rajuela	X 143
		X 80 -
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☐ Acondicionamiento
		☐ Rosario

for
Gabeiro Loubo

Solobed Gabeiro Loubo

FALLECIDO: Nombre MARIA CAYETANA IGLESIAS SENDE D.N.I. Nº 33172203-G
id. de los padres JOSE Y HORTENSIA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 5- AGOSTO - 1944
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio RUA DO ARREDULLO
Nº 8 - SANTIAGO
Fallecimiento: Fecha: 10:20 horas del día 15 de NOVIEMBRE de 20 25
Domicilio H. CONXO
Cementerio INCINERACIÓN COMPLEJO APOSTOL. Ayunt.º _____
Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. LA SEÑORA MARIA CAYETANA IGLESIAS SENDE

falleció en A SUSANA - SANTIAGO en el día de 15/11/2025 a los 81 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a JOSE MODESTO CEBEIRO SOUTO
Hijos AGUSTIN, JOSE Y SUSANA CEBEIRO IGLESIAS.

Hijos políticos A BEATRIZ MARTINEZ Y MARINA CASTRO

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos NO

Hermanos políticos SI

Nietos A BIANCA CEBEIRO Bisnetos NO Tíos — Sobrinos — nos SI
y demás familia. - Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMI

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo _____

CHECHI
ALBERT
LUIS
PEPE

MONTOLIVE
COMPLEJO: ANA LUIS
BERTAMIRANS: ---
CALO: ---
CAPILLA (Tourl) - INCINER
HORA ENTIERRO: 12
SALIDA PERSONAL: ---



APELLIDOS / APELIDOS
 IGLESIAS
 SENDE
 NOMBRE / NOME
 MARIA CAYETANA
 SEXO / SEXO
 F
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
 05 08 1944
 NÚMERO / NÚMERO
 VALIDEZ / VALIDADE
 01 01 9999

Maria Engelina Sgls.
Sands

DN: 331722030

756608

DOMICILIO DOMICILIO
RUA. DO ARREDULLO-A SUSANA 8
MARROZOS
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

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

HUJDA DE / FILLO/A DE
JOSE / HORTENSIA

IDESPBIK159816733172203Q<<<<<<
4408051F9901018ESP<<<<<<<<<9
IGLESIAS<SENDE<<MARIA<CAYETANA

FALLECIDA



APELLIDOS / APELIDOS
 CEBEIRO
 IGLESIAS
 NOMBRE / NOME
 AGUSTIN
 SEXO / SEXO
 M
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
 23 10 1964
 NAME SUPPORT
 BJK166141
 VALIDEZ / VALIDADEZ
 15 05 2029

Amelia C. Stone

DNI 33267810N

404352

DOMINGO / DOMINGO
LGAR. NOVAL 16

5771601

LAVACOLLA
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / MARIA

IDESPBJK166141533267810N<<<<<
6410234M2905154ESP<<<<<<<<<1
CEBEIRO<IGLESIAS<<AGUSTIN<<<<<

SOLICITANTE

105981986

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña.
D. / Dna.

MARIA CARMEN MARTINEZ REY DOCTORA

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/aen Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

SANTIAGO de C

con el número
co número

158706

1ª colegiación
1ª colegiación

C.H.U.S

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

MARIA CAYETANA

1º Apellido del fallecido/a:

VIGESIAS

1er Apellido do falecido/a:

SENDE

2º Apellido del fallecido/a:

SENDE

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 05

Mes 08

Año 1944

Sexo:

Varón

Mujer

Documento

X

D.N.I.

Número:

33172203-Q

Documento

Pasaporte

Número:

Documento

Pasaporte

Número:

Documento

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Documento

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

10:20

Día 15

Mes 11

Año 2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

10:20

Día 15

Mes 11

Año 2025

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

Santago

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

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) NEUMONIA

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) DEMENCIA AVANZADA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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

Año

Continúa 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?/Possibilidade de incineração

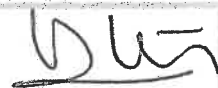
Si/Si ☐ No/Non ☐

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 Santiago, a 15 de Noviembre 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 ☐ ☐ 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

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 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 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 ☐ ☐ 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 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 10 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 10 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.

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: COMPLEJO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.
Ubicación del establecimiento: SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: ADRIÁN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ	DNI: 45873033Q
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: MARÍA CAYETANA IGLESIAS SENDE			Nacionalidad: ESPAÑOLA
Dni/Pasaporte: 33172203Q	Sexo: MUJER	Edad: 81	Fecha nacimiento: 5 DE AGOSTO DE 1944
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 15 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 10:20 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA			
Causa fallecimiento: NEUMONIA			
Destino final: CREMATORIO COMPLEJO FUNERARIO APÓSTOL SANTIAGO			

Siendo las 15:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☐ Conservación transitoria:
- ☐ Refrigeración
- ☐ Congelación
- ☐ Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 15 de noviembre de 2025

El profesional que realiza la técnica
ADRIÁN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

45873033-Q
TANATOPRACTOR

12/18/00003778/SANPO108

Adrián Jiménez Rodríguez
45873033Q

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.
C.I.F. B15657901
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela
24 HORAS: 981 58 06 69
José Domínguez Pérez
33200436M

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don MARÍA CAJETANA IGLESIAS SENDE
a defunción de don/a
ocurrida a las

10:20 horas del día 15
de NOVIEMBRE de 2025

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do falecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las ~~veinticuatro~~ ^{do ce} horas siguientes a la del fallecimiento.
~~yntecat~~ ^{do ce} horas do falecemento

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de

A 16 de NOVIEMBRE
O 2025

(El Juez)
(Xuíz) LDJ

