

OTROS CONCEPTOS

RO 28: HERMANAS CALVO PAICAS Y FAMILIA (63638595) **PAGADO** T.P.V.
TRO TV (MOD 1): TUS AMIGOS MADRIZ Y FAMILIA **PAGADO** T.P.V.
TRO R.B.: TUS AMIGOS MADRIZ Y FAMILIA **PAGADO** T.P.V.
TRO FU MOD 1: "80 años de vida de ASES WEB S-168" **PAGADO**
Tona 40 Rosas "80 años de vida de familia" Efectivo
Tona 40 Rosas "80 años de vida de familia" Efectivo

Propiedad 109 Norte
Adolfo Diaz Novena,

FALLECIDO: María Mercedes González Rana web
Fecha de fallecimiento 18- Noviembre-2025
Domicilio H. Conxo 203
Teléfonos: 617181575-Carlos (hijo) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	190
Capilla ardiente	Colo 2	Sala Prep.	Si Libro
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado	Hospital - Complejo - Keltorio Colo		107
	Colo 2		210
Prensa	Radio		114'88
Recordatorios funebres / tarjetas	100		23
Ómnibus acompañamiento	Patronato		24'80
Turismo	id. Recoger en Iglesia		
Certificado médico	Si	Registro Civil:	3
Carroza	Personal		178'50
Ayunt.º: Sepultura	Colo		88'27
Iglesia	San Juan de Colo		129'50
Incineración	Urna: Sacristía y Campanario		60'00
Presencial	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	No	Funeral:	X Zacarias
Flores	1 Corona 50 R. Rojas "Tus hijos e hijas policias" 158		X 140 (116019)
	1 Corona 50 R. Blancas "Tus nietos" 158		
	1 Centro 18 R. Blancas "Tus bisnietos" 80		
	(Encima capo)		
			27'10
			27'10
			7350
☒ Sudario ☒ Cubrefuneros ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			

FALLECIDO: Nombre MARÍA MERCEDES GONZÁLEZ RAJA D.N.I. Nº 331610366
id. de los padres Andrés y Josefa
Naturaleza Amea Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 15 de mayo de 1943
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Ardo Roelís de Castro
535-C - Millobro - Amea

Fallecimiento: Fecha: 15:54 horas del día 18 de Noviembre de 2025
Domicilio Hospital de Conxo
Cementerio San Juan de Colo Ayunt.º Teo

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. Carlos Díaz González (vi) D.N.I. 33277755K
domiciliado en Audo. Roelís de Castro 53 - Millobro

LA SEÑORA
D/ña. Maria Mercedes Gonzalez Raja
(Viuda de Adolfo Diaz Naveiro)

falleció en _____ en el día de 18/11/2025 a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Adolfo, Carlos y Jose Diaz Gonzalez

Hijos políticos Manuel Gutierrez y Beatriz Cheda

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ _____

~~Padres políticos~~ _____

Hermanos No

Hermanos políticos No

Nietos Si Bisnietos Si Tios No 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



FALLECIDA



SOLICITANTE (HIJO)



Colegio de

Colegio de

106042372

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

A CORUÑA

, con el número

co número

SANTAGO DE COMPOSTELA

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

151514497

1ª colegiación

1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARÍA MERCEDES

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

GONZÁLEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

RAÑA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 15

Mes 05

Año 1943

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Sexo:

Varón ☐Muller ☒Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33161036-6

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

- - - - -

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

15:54

Día 18

Día 18

Mes 11

Mes 11

Año 2025

Año 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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SÍNDROME FEBRIL

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DEMENCIA AVANZADA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas 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 de tráfico Si/Si ☐Accidente laboral No/Non ☒Accidente laboral Si/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐Data do mesmo: Día ☐Mes ☐Mes ☐Año ☐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?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 próteses

En SANTIAGO, a 18 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

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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

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.

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 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

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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) 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. Anótase 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

☐ ☐ ☐ ☐ 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: 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.



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 19 de **NOVIEMBRE** de 2025.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MARÍA MERCEDES GONZÁLEZ RAÑA que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33161036G** , según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **18** de **NOVIEMBRE** de **2025** a las **15:54** 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.



