

OTROS CONCEPTOS

PAGADO Albor Valenzuela **SAPLI 1684** TPV
PAGADO Valenzuela Viquez **SAPLI 1685** TPV
PAGADO Tamarit y Pili **SAPLI 1686** TPV
PAGADO Amiga de Tania Conchita **SAPLI 1687** TPV

21:485
ST:584
08/11/2025
General

FALLECIDO: **Maria Asuncion Fernandez Alvarez**
Fecha de fallecimiento **23-11-2025**
Domicilio **H. Clinico - Stgo**
Teléfonos: **606456854-Carlos** E-mail: **0809154@gmail.com**

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo G-1	Medida 1'90	87146
Capilla ardiente Complejo Quintana	Sala Prep. Si	Libro Si
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado Hospital - Complejo		
Carroza, 2		
Prensa		
Radio 12:00		
Recordatorios fúnebres / tarjetas X		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo Id. Recoger cur en casa 11:40		
Certificado médico Si	Registro Civil: X Stgo	
Carroza	Personal	
Ayunt.: Sepultura Conxo Sep. Xineb		
Iglesia Conxo		
Incineración —	Urna: —	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores X Javier	Funeral: X Tomar	
Flóres X	Conxo R.B. Tus lras y liras polt.	
	Conxo: R.P. "Tu niet. y niet. polt.".	
	Conxo: F.V. Mad. S (Blanco) (encima caja).	
	"Tos bisnietos y tataranietos."	
☒ Sudario	☐ Cubrefuntos	☒ Acondicionamiento
		☐ Rosario

Sa. + Antonio Suarez
+ Maria Nela
12:00 sld. Grito de Arturo Espino

FALLECIDO: Nombre M^a Asunción Fernández Álvarez D.N.I. N° 0952 8139-k
id. de los padres Gregorio y Sergia
Naturaleza Gastierne Provincia Leon
Día, mes y año de nacimiento _____
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio C/ Trece Rosas - n° 9-10 - B - Sautgo.

Fallecimiento: Fecha: 18:26 horas del día 23 de noviembre de 2025
Domicilio H. Clínico - Stpo
Cementerio Conxo Ayunt.º Stpo

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Juan Carlos Albar Fernández (hijo) D.N.I. 33272494-F
domiciliado en _____

D/ña. M^a Asunción Fernández Álvarez LA SEÑOR A.
(Viuda de José Albar Quintas) (Vecina de Conxo - Stpo)
falleció en _____ en el día de _____ a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos M^a Concepción, José María (+), Mercedes (+), María Nela (+), y Juan Carlos Albar Fernández
Hijos políticos Begoña Balboa, Leoncio Fernández, Arturo Riba, Isabel María González

Padres _____
Abuelos _____

Padres políticos _____
Hermanos si tataranietas: si
herman. polit.: si

Hermanos políticos Herminia, MariFlor, Manuel Angel, Miguel, Laura, Raquel, Ruben, Iván, Jonathan, Kevin

Nietos _____ Bisnietos si Tios _____ 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



09528139-K

NOMBRE / NOME
MARIA ASUNCION
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
FERNANDEZ
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
ALVAREZ

Alvaria tenenche

EXPED. 26-01-2005 VAL. PERMANENTE
IDESP

Ministerio del Interior

NACIÓ EN
NACEU EN
PROVINCIA
PROVINCIA
HIJO / A DE
FILLO / A DE
DOMICILIO
DOMICILIO
LOCALIDAD
LOCALIDADE
PROVINCIA
PROVINCIA

CISTERNA

LEÓN

GREGORIO / SERGIA

C. CONXO DE ARRIBA 16

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

EL 27-08-1932

SEXO M-F

EQUIPO EQUIPO 15771L6D1

IDESP09528139K9<<<<<<<<<<<<
3208276F9912315ESP<<<<<<<<<2
FERNANDEZ<ALVAREZ<<MARIA<ASUNC

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
DNI 33272497F

DNI 33272497 F

APELLIDOS / APELLIDOS

ALBOR
FERNANDEZ

NOMBRE / NOME
JUAN CARLOS

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	NACIMIENTO / NACIMENTO
M	ESP	18 06 1965

EMISIÓN/EMISSION	VALIDEZ/VALIDITY
14 11 2023	14 11 2033

NUM SOPORTE
CGR181241

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. AS TRECE ROSAS 9 P01 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

H/O/A DE / FILLO/A DE
 JOSE / MARIA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDSPCGR181241833272497F<<<<<<
6506180M3311145ESP<<<<<<<<<O
ALBOR<FERNANDEZ<<JUAN<CARLOS<<

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105788229

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.

DURA CRISTINA GONZÁLEZ VAQUE

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

PONTEVEDRA

con el número
co número

363605502

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SANTIAGO

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:

MARIA ASUNCION

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:

FERNANDEZ

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

ALVAREZ

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 27

Mes 08

Año 1932

Sexo:

Varón

Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

09528139-K

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos

18:26

Día 23

Mes 11

Año 2025

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro 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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

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) INSUFICIENCIA CARDIACA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

GRIPE A

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí

No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

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 tráficoNo/Non ☒Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 prótesis

En Santiago, a 23 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 01

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 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 excluyentes, 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 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 01

II

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabete

Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 05

Otras 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.



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 24 de **NOVIEMBRE** de 2025.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MARÍA ASUNCIÓN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº 09528139K según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 23 de **NOVIEMBRE** de 2025 a las 18:26 .

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.



