

OTROS CONCEPTOS

entr. torj-

~~PAGADO~~ Gen AMIGAS DE TU HIJA CHARD efectivo Rep.

~~PAGADO~~ FAMILIA ALLER • TPV

~~PAGADO~~ FAMILIA DO VICAR • efectivo 2000

~~PAGADO~~ HERMANOS DE SANTIAGO • TPV

~~PAGADO~~ TOS HERMANOS • TPV

~~PAGADO~~ GUERRA • TPV

~~PAGADO~~ FAMILIA BAR SAN ROQUE • ept. 2000

~~PAGADO~~ FAMILIA DE CHARD • TPV

~~PAGADO~~ FAMILIA DE CHARD • TPV

bro. med. TOS primas Larden, Flores, Nargac e Nita An

FALLECIDO: Maria Avelina Ferreira Pensado

Fecha de fallecimiento 2 Noviembre 2025

Domicilio R/C Hospedaje N° 5

Teléfonos: 619323420 Fernando 652474340 Chava

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'90	
Capilla ardiente	S. Quintana	Libro firmas Si	
Gestión Funeraria	Si		
Carroza Traslado	Hospital - Complejo		
	X Carra, 3		
Prensa			
Esqueles:	X ver		
Radio	14:00		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100		
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id. X Recoger en casa a las 16:40		
Certificado médico	X Si		
Registro Civil	X Santiago	Carroza	
Ayunt.º: Sepultura	SR 4538 Boisaca	X DNELO	
Iglesia	Capilla Complejo		
Incineración		Funerales	
Urna cenizas			
Cantores	Si, Siso	Sres. curas X Juan Ventura 70	X 60
Flores	X 1100	1100	
	X 1100	1100	
	X 1100	1100	

ST: 556

FALLECIDO: Nombre Maria Avelina Ferreiro Pensado D.N.I. Nº 76458086-2
id. de los padres Eugenio y Clara
Naturaleza Negreira Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 28/05/1941
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio R/ Hospitalino 5 Santiago

Fallecimiento: Fecha: 13:30 horas del día 2 de Noviembre de 20 25
Domicilio R/ Hospitalino, 5- Stgo
Cementerio Boisaca Ayunt.º Stgo.

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. Fernando Freire Ferreiro (Hijo) D.N.I. 998062609
domiciliado en C/ Hospitalino, 5- Stgo.

L SEÑOR

D/ña Uda de Indalecio Olegario Freire Perez - Vecina de Santiago.
falleció en _____ en el día de _____ a los 84 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Caramen, Magdalena e Jose Ferreiro Pensado

Hermanos políticos Maria Botán, Cefino Aller (+) y Teresa Rojo;
Marina, Jose A y Teresa Freire Perez; Bruno y Cestencia

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

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS

FERREIRO
PENSADO

NOMBRE / HOME

MARIA AVELINA

SEXO / SEXO

F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO

28 05 1941

NUM. DOPORT

BBB188375 01 01 9999

VALIDEZ / VALIDEZ

DNI 76458086Z

147584

DOMICILIO / DOMICILIO

RUA. HOSPITALILLO 5

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO

NÉGREIRA

A CORUÑA

HAJOA DE / FILLO/A DE

EUGENIO / CLARA

IDESPBBB188375776458086Z<<<<<<<
4105280F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<9
FERREIRO<PENSADO<<MARIA<AVELIN

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS

FREIRE
FERREIRO

NOMBRE / HOME

FERNANDO

SEXO / SEXO

M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO

28 04 1975

NUM. DOPORT

BFE158002 10 10 2027

DNI 44806260Y

091904

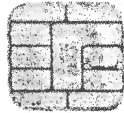
DOMICILIO / DOMICILIO

C. HOSPITALILLO 5

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

HAJOA DE / FILLO/A DE

INDALECIO / MARIA AVELINA

IDESPBF158002844806260Y<<<<<<<
7504286M2710109ESP<<<<<<<<<<<<<6
FREIRE<FERREIRO<<FERNANDO<<<<<

105718105

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.

D. / Dña.

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

Santiago de Compostela

con el número

co número

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

151514669

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er. Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 28

Mes 05

Año 1991

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

76458086-2

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

13:30

Día 02

Día 02

Mes 11

Mes 11

Año 2025

Año 2025

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

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Otro lugar

Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

04

Horas

Días

Meses

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) HIPERTENSION ARTERIAL

Horas

Días

Meses

Años 18

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas

Días

Meses

Años

¿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

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Sí

Accidente laboral

Sí/Sí

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento com isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Santiago de Compostela, a 02 de noviembre de 2025

Firma del médico
Assinatura do médico

[Firma]

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 0 0 0 0 0
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 0 0 0 0 2 0
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefritis crónica
debido a 0 0 0 0 2 0
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

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 10

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 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 transcorrido 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 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.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a 3 0 0 0 0 0
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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 0 0 0 0 2 0
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefrite crónica
debido a 0 0 0 0 2 0
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

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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 **03 de NOVIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA AVELINA FERREIRO PENSADO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **76458086Z** , según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **02 de noviembre de 2023** a las **13:30** 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.



TITULO DE CONCESION

Da Sepultura Nº 4538, ubicada no treito B, sección 9, fila 9, nº de orde 7, no cemiterio municipal de Boisaca a nome de DA. MARIA AVELINA FERREIRO PENSADO..-----

Concedida por Decreto da Alcaldía con data 09 de maio de 1994, coa facultade de usa-la sepultura cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 10 de maio de 1994.

O ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL

