

08-01-2019

UTEQ (24 RASAS blancas): **web** **CADE** **PA** **CADE**
 ACTURA: ASOCIACIÓN PRODUCTORES Y DISTRIBUIDORES DE
 ENERGÍA DE CALDAS.
 TEL: 615035524 Párra Europa, 15A, 4A - Área Central - STGO
 15307
 npe@cade.com

ENTRO (18 ROSAS): TUS AMIGOS DE NÚCLEO ESTABLE
 estructura: NÚCLEO ESTABLE S.L. CIF: B70200862
 150 M
 da del Ejército, 21, 1ª Dena - A Coruña 15006
 ro@nucleoestable.com web
 ENTRO (24 ROSAS): TUS SORRINOS NÚCLEO ESTABLE M. S. C. E.
 (PACARD) TPV
 MANUEL 5.1669

io Mod 2: Casa de Mónica Ponte efectivo
br 24 R B: Tarujes, Isabel y Janities TPV
br F.V. 2: B: Isabel Suárez Joyeros TPV
Fact: SUASSENS CARAT S.L. B21891577
General Pardiñas Nº 8 15201 - Santiago
santiago@isabelsuarez.es 981942375

2506

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	201	Medida 190 1856
Capilla ardiente	Complido Quintero Sala Prep. Si	Libro ☒ Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	hospital - Campesino	
Prensa	Carreos, 6 - Huerfano	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	PAÑI Huerfano +	
Ómnibus acompañamiento	—	
Turismo	id. Sale al Taratario	
Certificado médico	Si	Registro Civil: Santiago
Carroza	Medida 196x	Personal 210
Ayunt.º: Sepultura	Stº Olalla de Cira	Pinelo 180 subteraneo
Iglesia		150
Incineración	Urna: 23 tapas	(causa Uva) familia
Presencian	☐ SI ☐ NO	Campesino
Cantores	NO	Yranderas
Flóres	Corona: Iria, Lago, Chao e Harapel 270	Funeral: 100 lras amarillas
	Activ. Peseña: Carmen lras y familia - Trucha	
	C157130 eJ	
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento
		☒ Rosario
		SC

FALLECIDO: Nombre LEONOR PENAS PARDO D.N.I. Nº 3317 3890 -R
id. de los padres MANUEL Y ROSALIA
Naturaleza VILA DE CRUCES Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 11- MAYO - 1933
Profesión _____ Estado Vivila Domicilio c/ Santiago del Estero
8-57- Stgo
Fecha: 18:00 horas del día 18 de NOVIEMBRE de 2025
Domicilio H. CONXO
Fallecimiento: _____
Cementerio Stª Olalla de Cira Ayunt.º (Pontevedra)
Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. MANUEL IGLESIAS PENAS (HITO) D.N.I. 33212600 -W
domiciliado en C/ REPUBLICA ARGENTINA, 12. 6. D - SANTIAGO
GALEGO

D/ña. Leonor Pena Pardo L SEÑOR (Vecina de Stgo del Estero - Edif. Anolo)
falleció en (Natal (Cira - Lilleda)) en el día de hoy a los 92 años
confortado con los Auxilios Espirituales (Vivila de Xaquin Iglesias Hermida)

Su esposo/a _____
Hijos Manuel Iglesias Pena y Rosario Carme Tarrío Estévez -

Hijos políticos Niños: Iago Manuel e Iria Iglesias Tarrío ; -

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos Carmen y Luis Martinez

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: Complexo Apóstol Stª Olalla-

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

105526605

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña. ANITA VILAS OLIVEIRA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514797

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

LEONOR

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

PENAS

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

PARDOS

Fecha de nacimiento

Día

11

Mes

05

Año

1933

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

11

Mes

05

Año

1933

Sexo:

Varón

Muller

Documento

☒

D.N.I.

Número:

33173890-R

Documento

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Documento

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

18 : 00

Día

18

Mes

11

Año

2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

18 : 00

Día

18

Mes

11

Año

2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO DE COMPOSTELA

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos / Outros procesos

(b) DESCOMPENSADA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas 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 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?

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:

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

En SANTIAGO, a 18 de NOVIEMBRE de 2025
En , a de de

Firma del médico
Sinatura 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

☐ ☐ 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

- 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 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 excluyentes, é decir, 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

☐ ☐ 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.

Exemplo: (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).

Exemplo: (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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Años

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 Años

Outras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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 **19** de **NOVIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a LEONOR PENAS PARDO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33173890R**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **18** de **NOVIEMBRE** de **2025** a las **18:00** 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.



