

OTROS CONCEPTOS

Centro (24 R. B): Familia García Pichel ERE
GROVA (40 R. B): en cuñada Lola y familia ERE
Acoroda 40 rosas "tus sobrinos sobrinias perdidos" TPV
Centro va **PAGADO** Familia Bals a Rey "TPV"
WCO (24 R. B): CHAPISTERIA RINTEOR. Juchí

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

PAGADO

FALLECIDO: ANA LIA PÉREZ GÓMEZ

Fecha de fallecimiento 14-12-2025

Domicilio OCA N°21-AYES

Teléfonos: 628 54 13 23-ESTRELLA E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Medida		
Capilla ardiente	Betaminans 3	Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	Domicilio - Tanaat - Betaminans		
LUNES 16 45	CORDON N°2 LUNES		
Prensa	Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id. Sale al baratorio		
Certificado médico	Si	Registro Civil SIPO	
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura	AYES	PIVELO	
Iglesia	SANTO TOMAS DE AYES		
Incineración	Urna: Campana 50		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino D. de A. 170	
Cantores	SAVIER	Funeral: 1+2	
Flores	CORONA R/R: HIJAS E HIJOS PICOA		
	CORONA R/R: NIETOS		
	CORONA R/R: HERMANOS Y HERMANAS PICOA		
	CENTRO 24 R/B: TIA HILDA SARA		
	ENCINA CATA		
☒ Sudario	☐ Cubrefuneros	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario

ST:140

ALMA VIVA
628 54 13 23

FALLECIDO: Nombre ANALIA PÉREZ GÓMEZ D.N.I. N° 33186554-H
id. de los padres MAXIMINO y CARMEN
Naturaleza AMES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 5 - FEBRERO - 1939
Profesión _____ Estado VDA Domicilio LAZ OCA Nº 21
AMES - A CORUÑA

Fallecimiento: Fecha: 00:15 horas del día 14 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio Domicilio - AMES
Cementerio SANTO TOMAS DE AMES Ayunt.º AMES

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. ESTRELLA TORRES PÉREZ (HIJA) D.N.I. 33291728X
domiciliado en LAZ BRINS - FIQUEIRAS - SANTIAGO DE COMPOSTELA

LA SEÑORA
D/ña. ANALIA PÉREZ GÓMEZ
VDA DE MANUEL TORRES GONZÁLEZ
falleció en VECINA DE OCA - AMES en el día de _____ a los 86 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos ESTRELLA y MARIA NIEVES TORRES PÉREZ

Hijos políticos JESÚS GARCÍA Pichel PROPIETARIO CHAPISTERIA DIAZOR
y JOSÉ ANTONIO REIGIA FREIRE

Padres NIETOS: ANDREA, SARA y DAVID GARCÍA TORRES y VANESSA REIGIA TORRES

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos ÁNGELA (VDA ÁNGEL GÓMEZ), CARMEN, JOSÉ (VDO DE DOLORES ILLODO),
ESTRELLA (VDA DE MANUEL GONZÁLEZ VILLOTA) y MARIA PÉREZ GÓMEZ

Hermanos políticos MANUEL GONZÁLEZ (VDO DE PILAR PÉREZ), CARLOS FERNÁNDEZ
y MANUELA NATO (VDA DE JUAN SIMÓN PÉREZ)

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos 81 Primos 81

y demás familia.- Conducción LUNES CINCO MENOS CUARTO

Funerales _____

en la iglesia de SANTO TOMAS DE AMES

CASA MORTUORIA: APÓSTOL 3

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



https://certificados.cgcom.es

BNOTELNAAE

Id. electrónico/Ide. electrónico

Colegio de



Colegio de

104219128

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Profesora Dra. Francisca Martínez Llorente
D. / Dña. Sempre de
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en con el número
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en co número
y con ejercicio profesional en Boadilla del Río
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ANALIA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: PÉREZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: LOPEZ
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 02 Año 1939 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nascimento: Dia 05 Mes 02 Ano 1939 Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33186557-H
D.N.I.
☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 00:15 Día 14 Mes 12 Año 2025
Hora e data da defunción: Hora : minutos 00:15 Día 14 Mes 12 Ano 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? Alfés
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ 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 aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata
(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias
(b)
Debido a/Debido a

(c)
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental
(d) ENFERMEDAD NEOPLÁSICA AVANZADA
Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Sí ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? Si/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 Si/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐

Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

En Alfés a 14 de DICIEMBRE de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico [Firma]



MINISTERIO
DE JUSTICIA



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 **15** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a AMALIA PÉREZ GÓMEZ que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33186557H según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **14** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 00:15 horas, acaecida en AMES .

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
15/12/2025 12:48

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:uRbv-W6AA-rDn6-XrP\$

