

OTROS CONCEPTOS

~~Canto 1803. PAGADO~~ ~~Sim 1744~~
~~Canto 1803. PAGADO~~ ~~Sim 1744~~
~~Canto 1803. PAGADO~~ ~~Sim 1744~~

FALLECIDO: MANUEL SEANE PARADA

Fecha de fallecimiento 3 DE DICIEMBRE DE 2025

Domicilio C/HOSPITALILLO, 4 - SANTIAGO

Teléfonos: 640876731 (Hija) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	CERRADA	Medida C1
Capilla ardiente	S. Cervantes	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☒ Tramitación UUV
Carroza traslado	HOSPITAL CLÍNICO AL COMPLEJO	
Prensa	X enviado Jesús Cintas	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	Al desc. Para 18x12	
Turismo	id. Salé al tanatorio	
Certificado médico	SI	Registro Civil: SANTIAGO
Carroza	SI	Personal Si
Av. int. ° Sepultura	POISACA Sep 4304	Pinebo
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO	
Incineración	—	Urna: —
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	NO	Funeral: Familia (D. Eduardo)
Flóres	2 Rosas Blancas dentro de jirón	
	Canto FV 3: No flores por términos.	
	Sonó en parque sueldo	
	X 2 Tintas Pring	

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

Familia

MANUEL
SEANE PARADA
+ 3.12.2025
A LOS 89 AÑOS
D.E.P.
LUGAR DE SU FAMILIA

Vimio Seane Cespo (Enterrados Sep. 4304 Titular Manuel Seane Parada y esposa)
Seane Parada Pedáneo
Seane Parada Parada - URNA
12.8.20

Recoge y entrega abajo

FALLECIDO: Nombre MANUEL SEOANE PARADA D.N.I. N° 33035681-E
id. de los padres MAXIMINO Y ESPERANZA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 9 DE JUNIO DE 1936
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio C/HOSPITALILLO,4 - SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 23:35 horas del día 3 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
SANTIAGO (A CORUÑA)
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre MARÍA JOSEFA CASTROMIL VEIRAS

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ña. MANUEL SEOANE PARADA L SEÑOR (Ex-Jefe de distribución de El Correo Gallego)

falleció en _____ en el día de 3/12/25 a los 89 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a : Repita Castromil Veiras

Hijos : Hª Jose, Begonia, Mónica, Miguel Appel, Gabi, Gabriel y Rafael ~~S.F.~~

Hijos políticos : Gonzalo ~~Gabi~~ ~~Gabi~~

Padres Mónica y Gonzalo

Abuelos _____

Padres políticos Dani, Javi (t), Mafalda, Lila y Arale

Hermanos Maximo S.P.

Hermanos políticos SI.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Viernes a las 12

en la iglesia de Capilla Complejo Apostol

CASA MORTUORIA: S. Correntes

(SI/NO) SE RECIBE DUELO _____

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

Se ruega no envíen flores. Es su
muerte rezad por él



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105713870

Nº Certificado/Nº certificado

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
SOMAGO DE GUNPORELA

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

153604938

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MANUEL
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: SEGOAME
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: PARADA
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 06 Año 1936
Data de nacemento: Día Mes Ano
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33035681-6
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 23 : 35 Día 03 Mes 12 Año 2020
Hora e data da defunción: Hora : minutos Día Mes Ano

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

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL
Debido a/Debido a

(c)
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DIABETES
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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 Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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 3 de 12 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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 excluíntes, 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 a 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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.

Ejemplo: Diabete ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
Horas Días Meses Años

Outras 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 **04** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª MANUEL SEOANE PARADA que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº 33035681E según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **03** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 23:55 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.



