

OTROS CONCEPTOS

1000 40 rosas rosa: Tus sobrinos Manuel y Patricia
670. 53. 5977

1000 140 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000: Tus primas Concha y Patricia
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

1000 148 R. ROSAS: ROSAS PARA LA CUÑADA REGINA Y FAMILIA
ef. Reop.

FALLECIDO: MARIA DIGNA PEÑEZ SEANE

Fecha de fallecimiento: 11- DICIEMBRE - 2025

Domicilio: H. CONYO - SANTIAGO (LAMASCAJ. FECHA - SANTIAGO)

Teléfonos: 608248020 (Haud) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	<u>Redonda</u>	Medida	<u>C-1 (1'90)</u>
Capilla ardiente	<u>QUINTANA</u>	Sala Prep.	<u>Si</u> Libro <u>Si</u>
Gestión funeraria	<u>Si</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	<u>HOSPITAL - TANATORIO</u>		
Prensa	<u>FORO N° 2 (Vienda)</u>		
Radio	<u>Vienda</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>100</u>		
Ómnibus acompañamiento	<u>NO</u>		
Turismo id.	<u>Cura solo el tanatorio</u>		
Certificado médico	<u>Si</u>	Registro Civil:	<u>SANTIAGO</u>
Carroza	<u>Si</u>	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	<u>Lamascaj</u>		
Iglesia	<u>EDPILLA COMPLEJO</u>		
Incineración	<u>CAMPANERA</u>	Urnas	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	<u>HAVIER</u>	Funeral:	<u>Don José Antonio</u>
Flores	<u>Corona Rosas Blancas: Tus Sobrinos Manuel y Patricia</u>		
	<u>Centro 18 Rosas Blancas: Tus Sobrinos Manuel y Patricia</u>		

☒ Sudario ☐ Cubrefúnebre ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

SF-832
ST-02

FALLECIDO: Nombre MARÍA DIGNA PÉREZ SEOANE D.N.I. Nº 33055510 W
id. de los padres MANUEL Y CONCEPCIÓN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 - ENERO - 1937
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio LAMASCAL, 8 - SAN JUAN DE FELC
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 9^º horas del día 11 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio HOSPITAL DE CONXO - SANTIAGO
Cementerio LAMASCAL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. MARÍA DIGNA PÉREZ SEOANE ~~L SEÑOR~~

falleció en (Vecina de Lamsaal - Felc - Sgo) en el día de 11/12/2025 a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos Sus sobrinos de casa: Manuel Pérez Fregó y

Padres ~~Manuel~~ Teresa Cercas Suárez; Manuel y Noelia

Abuelos _____

Padres políticos Pérez Cercas;

Hermanos _____

Hermanos políticos Regina Fregó Pérez y Encarnación;

Nietos — Bisnietos — Tíos — demás 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

NO

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO: PRIMER APELLIDO
PEREZ
SEGUNDO APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO
SEOANE
NOMBRE: NOMBRE
MARIA DIGNA
SEXO: SEXO NACIONALIDAD: NACIONALIDAD
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO: DATA DE NACIMENT
14 01 1937
IDESP
AKX113260
VALIDO HASTA: VALIDO HASTA
01 01 9999

PGM

DNI NÚM.
33055510W



SANTIAGO DE COMPOSTELA
PRIMER APELLIDO: PRIMER APELLIDO
A CORUÑA
NOMBRE: NOMBRE
MANUEL / CONCEPCION
FECHA DE NACIMIENTO: DATA DE NACIMENT
LGAR: LAMASCAL 8
FECHA DE NACIMIENTO: DATA DE NACIMENT
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PRIMER APELLIDO: PRIMER APELLIDO
A CORUÑA

1577116D1

IDESPAKX113260833055510W<<<<<<<
3701146F9901018ESP<<<<<<<<<<<8
PEREZ<SEOANE<<MARIA<DIGNA<<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
PEREZ
FRAGA
NOMBRE / NOME
MANUEL
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
25 07 1967
NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BHE191380 18 06 2028

BHE191380

DNI 33287404X

Manuel Perez Fraga

440064

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. LAMASCAL 8

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L001



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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
RAUL / REGINA

IDESPBHE191380233287404X<<<<<<
6707253M2806181ESP<<<<<<<<<<<<4
PEREZ<FRAGA<<MANUEL<<<<<<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN<https://certificados.cgcom.es>

CLPGCF2SOM

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

104009276

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/aD./Dña. SOMIA JULIANA CASTRO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en COLEGIO MEDICO A CORUNA, con el número

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

1509015-7

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
DíaMes
MesAño
Año

Sexo:

Varón

Mujer

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33055510-W

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

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) NEUMONIA BACTERIANAHoras
Días
Meses
AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) PNEUMONIA BACTERIANAHoras
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

(c) NEUMONIA BACTERIANAHoras
Días
Meses
AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) ECALOTIA RECTALHoras
Días
Meses
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵NEUMONIA BACTERIANAHoras
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

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

En SANTAN

En

a

a

de

de

DICIEMBRE

de

de

de

2025

de

Firma del médico

Sinatura do médico

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 **12** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MARÍA DIGNA PÉREZ SEOANE que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33055510W según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **11** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 09:00 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/12/2025 12:51

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:\$ujy-UsGS-ee2x-egK6

