

FALLECIDO: Nombre Carmen Lamelo Iglesias D.N.I. Nº 33053834M
id. de los padres Antonio J. Avelino
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 6/09/1930
Profesión _____ Estado Viude Domicilio Formaris, 4- Enxesta

Fallecimiento: Fecha: 00:08 horas del día 19 de 1 de 20 26
Domicilio Formaris, 4- Enxesta - Stgo
Cementerio Crematorio Apostol Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. Ana Isabel Cao Lamelo (Hija) D.N.I. 33207984-D
domiciliado en Formaris, 4- Stgo

LA SEÑORA
D/ña. Carmen Iglesias Lamelo
(Vecina de Enxesta - Stgo) (Viuda de Jacinto Cao Santos)
falleció en _____ en el día de _____ a los 95 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Ana Isabel y Mercedes Cao Lamelo

Hijos políticos Miguel Angel Fernandez Lopez

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos Bisnietos: Alvaro, Ana, Maria, Alexis, Hugo, Helena

Hermanos Si Sienna y Ezequiel

nit. pol. Alvaro, Marta, Cristell, Celine

Hermanos políticos Si

Paulo, Diego y Rodrigo, Sandy y Jonathan

Nietos Si Bisnietos _____ Tios _____ 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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
LAMELA

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
IGLESIAS

SOMBRE / NOME
CARMEN

SEYO / SEXO / NACIONALIDAD / NACIONALIDAD
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
06 09 1930

IDESP
ARE161846

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

LGC

DATE INDEA
33053834M



ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



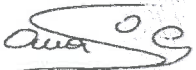
APELLIDOS / APELIDOS
CAO
LAMELA

NOMBRE / NOME
ANA ISABEL

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
F **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
02 02 1953

HEMISPHERIO / HEMISFÉRIO **VALIDEZ / VALIDADE**
B0J173052 **14 04 2031**



DNI 33207984D **648448**


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971089

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina e Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirugía, colexiado/a eny con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15073031

1ª colegiación
1ª colexiación
CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

LAZAR

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

IGLESIAS

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33053834-M

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora : minutos

Día

Mes

Año

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

Santiago de Compostela

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro 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)

PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

FIBRILACION AURICULAR

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(e)

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



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 **ENERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a CARMEN LAMELA IGLESIAS que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33053834M según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **19** de **ENERO** de **2026** a las 00:08 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.



