

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: ^{WEB} Felisa Fernández hste
 Fecha de fallecimiento 6 - Enero - 2026
 Domicilio Hospital do Saneas

Teléfonos: 665653418 Beatriz (salina) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	PPFF Arosa	Medida
Capilla ardiente	Complejo Total Sala Prep. No Libro NO	656
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	POMPAS FUERES DE AROSA	210
	CORREO GALLEGO N.º 2.	
	Prensa	
	Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	Si id. RECOBER EN CASA 15:40	46
Certificado médico	Si Vilagarcia	
Registro Civil:		
Carroza	Personal	116 / 1270
Ayunt.º: Sepultura	BOISACA ? 2758 11:30 en el principal.	
Iglesia	CAPIA COMPLEJO APOSTOL	154
Incineración	Si Urna: BASICA	250 / 75'30
Presencia	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	Funeral: DANCASTURA	
	Corona - 40 R.R. - Tus Hermanos y H. Buiricos	146
	Corona - 40 R.R. - Tus Sobrinos	146
	Centro 18 P.B. - E.C. - BEATRIZ	75
	TU AHUJADA. Lo quiere pagar Beatriz	

666.467.171
 coordradon@junga.org

PPFF Arosa

FALLECIDO: Nombre FELISA CONCEPCION FERNANDEZ LISTE D.N.I. N° 33166597E
id. de los padres JESUS / MARIA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 7 - DICIEMBRE - 1945
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio RESIDENCIA SERVISENIOR
VILLAGARCIA.

Fallecimiento: Fecha: 06:10 horas del día 6 de ENERO de 2026
Domicilio HOSPITAL PONTEVEDRA
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. FELISA FERNANDEZ LISTE LA SEÑORA
(VECINA DE VISTA ALEGRE - SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de 6/1/2026 a los 80 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a NO

Hijos NO

Hijos políticos NO

Padres NO SOBRINOS: JOSE, ALBERTO, SANDRA y MONICA

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos: JESUS y PILAR FERNANDEZ LISTE

Hermanos políticos Mª DEL CARMEN FERNANDEZ LOURINA y JOSE LUIS PARGA
PALACIOS.

AHIJADA - BEATRIZ PARGA FERNANDEZ

Nietos ✓ Bisnietos ✓ Tios ✓ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA: SALA TOURAL

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



APOSTOL

Coordenadores@apngg.org
Tel: 666 666 666

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

020187636

APellidos / Apellidos
FERNANDEZ
LISTE

Nombre / Nome
FELISA CONCEPCION

Sexo / Sexo
F

Nacionalidad / Nacionalidade
ESP

Fecha de nacimiento / Data de nacemento
07 12 1945

Num. Report. VALidez / Validez
BBB187636 01 01 9999

0104

DNI 33166597E *F. Felisa Liste* 176768

DOMICILIO / DOMICILIO
CMNO. LERMO (DE) 0003 P01 /
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

020187636

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

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

HUJIA DE / FILLO/A DE
JESUS / MARIA

IDESPBBB187636633166597E<<<<<<
4512075F9901018ESP<<<<<<<<<<<<6
FERNANDEZ<LISTE<<FELISA<CONCEP

105821941

Colegio de

MEDICO
PONTEVEDRA

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. FLOR DE LA SANCHEZ JUANAS

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en PONTEVEDRA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

, con el número

, co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

362880391

1ª colegiación
1ª colegiación

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

Día
Día 07

Mes
Mes 12

Año
Año 1945

Sexo:

Varón

Mujer

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

Número: 33166597-E

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número: -

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

06 : 10

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

06 : 10

Día

Mes

Año

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIOPULMONESPINATORIA

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCION RESPIRATORIA

(c) INFECCION TRACTO URINARIO

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DEMENCIA AVANZADA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 Si/Si ☐ Accidente laboral Si/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 Villaparcia, a 6 de enero de 2016
En do Anou sa, a de de de

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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Días Meses Años

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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Días Meses Años

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. 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 á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou a defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Días Meses Años

5 Outros procesos:

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Días Meses Años

Outras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
5. 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.



LICENZA DE INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE VILAGARCIA DE AROUSA
EXPEDIENTE NÚM.20260107/007673 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/D^a FELISA CONCEPCION FERNANDEZ LISTE con Documento Identificativo DNI y N^o 33166597E, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 06 de XANEIRO de 2026, as 06:10 horas, ocorrida en VILAGARCIA DE AROSA;
CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para incinerar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas hábiles desde a do falecemento.

En Vilagarcía de Arousa o 07 de XANEIRO de 2026.



