

OTROS CONCEPTOS

Hro FV Jaime, Bea, Laura y Rocío **PAGADO**
 Hro 18 R B. Familia Vigo **PAGADO**
 Hro 18 R A. Tus amigos Montse **PAGADO** web S93
 Hro 18 R B. Tus amigos R. **PAGADO** S91
 Hro 18 R. Rojas, Rdo dos **PAGADO** TPV 62766292 S92
 Hro 18 R. B. Semergan **PAGADO** TPV
 Hro: Manuel Patela Romero
 855736X - 625027454
 Eduardo Pared, 33 - 1°C - 15702 (Santiago)
 manuel.patel@camer@sers.es
 Hro Hro 1: Camer, Elena y Camila Vilambán TPV
 Hro 24 R. **PAGADO** web S91
 Hro 18 R B. Rojas **PAGADO** web S91
 Hro 18 R B. Elena **PAGADO** web S91
 Hro Hro 1: Tus amigos **PAGADO** web S91
 Hro Hro 2: Familia **PAGADO** TPV S91
 Hro 18 R. Rojas. Hijos de Rdo y Rdo **PAGADO** TPV S91
 Hro 24 R. Rojas. Castro y Rdo **PAGADO** TPV S91
 Hro 18 R. R. Amigos de tu nieto Samuel **PAGADO**
 Hro Pepe e Xosha 100€ **PAGADO**
 Hro: Albino Fernandez Regodese
 Hro 18 R. **PAGADO** TPV S91

FALLECIDO: MANUEL FERNANDEZ REGODESEDES
 Fecha de fallecimiento 19 DE ENERO DE 2006
 Domicilio ESQUIPA, 23 - LAVACOLLA - SANTIAGO
 Teléfonos: 630511611 José Manuel E-mail: 639442556 Susana

CONCEPTOS				Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1,90			893
Capilla ardiente GERVANTES	Sala Prep. SI	Libro SI		676 55
Gestión funeraria SP	Tramitación UUV			117'30
Carroza traslado DIFUSION AL COMPLETO				110 70
HIERROS	PREPAGO GALLEGOS N° 3			375
16:00				117'36
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO			
Ómnibus acompañamiento	NO			
Turismo	id. SALE AL TAVATORIO			
Certificado médico	HADO	Registro Civil SANTIAGO		3
Carroza		Personal		183 35 + 110
Ayunt.º: Sepultura	LAVACOLLA - Sepultura			183 35
Iglesia LAVACOLLA				230 (195 + 150)
Incineración	SACRISTAN	Última	CAMPANERO	20?
Presencia	SI	NO		80?
Cantores	SI - FELISA	Funeral:	FABIO	110 (121211)
Flores	CORONA 50 R - Tus Hijos e Hija Paterna			161
	1 CENTRO 24 R - Tus Nietos			95
				2790
				7500

Sudario Cubredifuntos Vestir Acondicionamiento Rosario
 ENTREGAR DNI + T. SANTIAGO

FALLECIDO: Nombre MANUEL FERNÁNDEZ REGODESEBES D.N.I. N° 76521093-R
id. de los padres JOSÉ Y FILOMENA
Naturaleza A PONTENOVA Provincia LUGO
Día, mes y año de nacimiento 11 DE JULIO DE 1941
Profesión _____ Estado VIUDO Domicilio ESQUIPA, 23 - LAVACOLLA - SANTIAGO (A CORUÑA)
Fecha: 21:00 horas del día 19 de ENERO de 20 26
Fallecimiento: Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio LAVACOLLA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre BONIFACIA GARCÍA MARZARRON
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página 1
DECLARANTE D. JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ GARCÍA (HITO) D.N.I. 33289060X
domiciliado en CAMPO DE SANTA MARTA, 18-2ª - SANTIAGO (A CORUÑA)

L SEÑOR
D/ña. MANUEL FERNÁNDEZ REGODESEBES "MANOLO DA CAMPSA"
(VIUDO DE BONI GARCÍA)
falleció en (VECINO DE ESQUIPA - LAVACOLLA - SANTIAGO) en el día de 19/1/26 a los 84 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos JOSÉ MANUEL Y SUSANA FERNÁNDEZ GARCÍA
Hijos políticos MONICA REY GONZÁLEZ

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos ALBIÑO (+) y JOSÉ FERNÁNDEZ REGODESEBES
Hermanos políticos SI

MANUEL, SAMUEL E INÉS
Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos SI Primos SI
y demás familia.- Conducción MIÉRCOLES
Funerales SALIDA 16:45 - 17:00 EN IGLESIA
en la iglesia de SAN FELIX DE SABUGUEIRA - LAVACOLLA
CASA MORTUORIA: SALA CERVANTES
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 76521093R

APELLIDOS / APELLIDOS
FERNANDEZ
REGODESEBES
NOMBRE / NOME
MANUEL
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
11 07 1941
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
BJC166890 01 01 9999

[Signature]

941632

DOMICILIO / DOMICILIO
C. ESQUIPA 23

[Chip icon]

LAVACOLLA
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
A PONTENOVA
LUGO

ESPOSA DE / FILLOA DE
JOSE / FILOMENA

IDESPBJC166890076521093R<<<<<<<
4107114M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<6
FERNANDEZ<REGODESEBES<<MANUEL<

FALLECIDO

ES REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33289060X

DNI 33289060X



APELLIDOS / APELLIDOS
FERNANDEZ
GARCIA
NOMBRE / NOME
JOSE MANUEL
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
10 02 1971
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
CKP143685
VALIDEZ / VALIDEZ
14 05 2025 14 05 2035

[Signature]

673536

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. ESQUIPA-LABACOLLA 23
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

[Chip icon]

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BARCELONA
BARCELONA

HIJO DE / FILLOA DE
MANUEL / BONIFACIA

IDESPCKP143685233289060X<<<<<<<
7102109M3505148ESP<<<<<<<<<<<<<0
FERNANDEZ<GARCIA<<JOSE<MANUEL<

SOLICITANTE (HIJO)

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971106

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ALBA MARIA COITA GRILE

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en, co número

y con ejercicio profesional en HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

e con ejercicio profesional en

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

152875319

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MANUEL

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

FERNÁNDEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

REGODESEBES

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 11

Día 11

Mes 07

Mes 07

Año 1941

Año 1941

Sexo:

Sexo:

Varón ☒Varón ☒Mujer ☐Muller ☐

Documento

de identidad:

☒ D.N.I.☒ D.N.I.

Número:

Número:

76521093-R

Documento

de identidad:

☐ Pasaporte☐ Pasaporte

Número:

Número:

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

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

21 : 00

21 : 00

Día 19

Día 19

Mes 01

Mes 01

Año 2026

Año 2026

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

LUGAR EJEMPLAR - SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular ☒Domicilio particular ☒Centro hospitalario ☐Centro hospitalario ☐Residencia socio-sanitaria ☐Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Lugar de trabajo ☐Otro lugar ☐Outro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INJUVIFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

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) NEOPLASIA DE PÁNCREAS

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas 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 de tráfico

Sí/Si ☐Accidente laboral No/Non ☒

Accidente laboral

Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día

Data do mesmo: Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 próteses

En Santiago, a 20 de Enero de 2021

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ 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 pola **causa imediata** e se remate coa causa **inicial ou fundamental**, é dicir, 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 dicir, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

2 Causa imediata:

(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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MANUEL FERNÁNDEZ REGODESEBES con documento identificativo DNI 76521093R según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 19 de enero de 2026, a las 21:00 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

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

En Santiago de Compostela a, 20 de enero de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
20/01/2026 12:39

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:ea\$9-39c4-vyuK-dRyy

