

OTROS CONCEPTOS

MARIA. KOEL

21. FNEO. 2026

Domicilio H. Clínico - Santiago (Arius - Santiago)

Teléfonos: 699.33.54.58 (T9and)

E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'80	
Capilla ardiente	CERVANTES	Si Libro Si	
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO		
Prensa	16		
Radio	1 vez miércoles		
Recordatorios fúnebres	tarjetas 50		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	1000		
Certificado médico	Si	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	Si	Personal Si	
Ayunt.º: Sepultura	ARINS - PINERO		
Iglesia	CAPILLA COMPLETO		
Incineración	PATRONATO	Urna: CERRANERO (AVISA Y PASA FAMILIA)	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	JAVIER	Funeral: ALAN VENTURA	
Flores	16	CORONA ROSAS ROSAS: TU ESPASO	
		CORONA ROSAS BONCAS: TU HERRAMA ROSA Y FAMILIA.	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			

FALLECIDO: Nombre MARIA UZAL ROEL D.N.I. Nº 33231430 H
id. de los padres JOSÉ Y CARMEN
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 10 - FEBRERO - 1951.
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio COSTA, 6 - ARÉNS
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 7.20 horas del día 21 de ENERO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio SAN MARTÍN DE ARÉNS Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. MANUEL ALDREY NIEVES (ESPOSO) D.N.I. 33194963Y
domiciliado en EL MISMO

D/ña. MARIA UZAL ROEL ~~L SEÑOR~~ (Vecina de Costa - Aréns - S/º)

falleció en _____ en el día de 21/1/2026 a los 74 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a MANUEL ALDREY NIEVES

Hijos -

Hijos políticos -

Padres - AHIJADOS: M.ª ELENA MOSQUERA UZAL Y
MANUEL ÁNGEL BALUJA UZAL;

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos ROSA UZAL ROEL;

Hermanos políticos MANUEL BALUJA; JOSÉ LUIS (+), M.ª VICTORIA,
JULIO, LINO (+), Y ANTONIO ALDREY NIEVES; MARIA PEREIRA (+),
LINO LÓPEZ (+), JOSEFA BAO, Y M.ª ESTHER SAMPANO;

Nietos - Bisnietos - Tíos - 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

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105750336

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

MEDICO

PONTEVEDRA

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña. LAURA DIAZ ARGÜESO
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513753

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARIA
Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a: UZAL
1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a: RUEL
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 02 Año 1951
Data de nacemento: Día Mes Ano

Documento de identidad: D.N.I. Número: 33231480-H
Documento de identidade: D.N.I. Número:

Documento de identidad: Pasaporte Número:
Documento de identidade: Pasaporte Número:

Documento de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidade: N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 07:20 Día 21 Mes 01 Año 2026
Hora e data da defunción: Hora : minutos Día Mes Ano

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

Domicilio particular Centro hospitalario X Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Otro lugar
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo 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 aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Anos

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) DEMENCIA FRONTOTEMPORAL
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Anos

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(c) COLITIS ESTERCOLOACEA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Anos

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(d) COLITIS ESTERCOLOACEA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Anos

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(e) COLITIS ESTERCOLOACEA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Anos

¿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 SANTIAGO, a 21 de ENERO de 2026

Firma del médico
Assinatura do médico

[Firma]

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 45 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 anota 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

- 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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 45 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 á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 10 Días Meses Años

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 10 Días Meses Años

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.



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

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MARÍA UZAL ROEL que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33231430H según la certificación facultiva presentada, que constata la fecha de la muerte el día **21** de **ENERO** de **2026** a las 07:20 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.



