

OTROS CONCEPTOS

RONA (Var.) Blanca **PAGADOS** y SOBRIÑOS
 efecto rep.

MENTARIO NOVO, no parte de años
 rando a izquierda o
 : Panteón.
 Esta L. Sre, enterray
 aquí, no fue arital.

FALLECIDO: DANIEL PENA LESTE
 Fecha de fallecimiento 21 - ENERO - 2016.
 Domicilio HOSPITAL CONXO/LUGAR QUIROAL, S. SANTIAGO.
 Teléfonos: 619 025146 (DINA) E-mail:
 3855146
 ST:43
 0 CASO
 0202620043145
 pdf: 02100068373

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo X C2	Medida X 1'90	62'15
Capilla ardiente COMPLEJO QUIROAL	Libro X Si	65/55/28'95
Gestión funeraria X Si	☐ Tramitación UUVW	177
Carroza traslado X HOSPITAL CONXO - COMPLEJO		109
X CARROZ N° 2	TUEVAS	210
Prensa		
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo 1 id. Recoger cura S. Fernando		60
Certificado médico X Si	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal	132'90 / 40'95 132'70
Ayunt.º: Sepultura	PEREGRINA	125
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO	154
Incineración	Urna: X SACRISTIA CAMPANERO (W)	
Presencia	☐ SI ☐ NO	
Cantores	NO	
	Funeral: X D. Agustín	85 (12115)
	"Ty esposa"	146
	"Tus hijos e hijos de"	146
	"I. cento 18 R.B. (e.c.) Tus nietos"	75
Flora 1. Carona 40 R.R. 1. Carona 40 R.B. 1. cento 18 R.B. (e.c.)		
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		27'10 75'30

FALLECIDO: Nombre DANUEL PENA LISTE D.N.I. Nº 76293059-N
id. de los padres JOSÉ / DARÍO
Naturaleza TRAZO. Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 5 - JULIO - 1947
Profesión _____ Estado CASADO. Domicilio C/O QUEIROAL, N°1.
A PEREGRINA SANTIAGO.

Fallecimiento: Fecha: 17:45. horas del día 21 de ENERO. de 20 26
Domicilio HOSPITAL DE CONXO.
Cementerio A PEREGRINA Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. DANUEL PENA LISTE ^{E L} SEÑOR (vecino de O QUEIROAL - A PEREGRINA -)
(PROPIETARIO DE CONSTRUCCIONES ROMANO) SANTIAGO

falleció en _____ en el día de _____ a los 78. años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa DINA BENDO CARNEIRO.

Hijos JAUIER y SONIA PENA BENDO.

Hijos políticos DIANA LUQUE INDIANO y ALEXANDRE DODILLE

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos (Si)

Hermanos políticos (Si)

DANIEL y DARÍO.

Nietos _____ Bisnietos NO Tíos NO 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

DOMINIO DEBIDO
 CONTROL 1
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO
 TRAZO
 A CORUÑA

Hijo de: FILLIA DE
 JOSE / MARIA

IDESPCHZ158354076293059N<<<<<<
 4707053M9901018ESP<<<<<<<<<<<<4
 PENA<LISTE<<MANUEL<<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

EQUIPO / EQUIPO
 15771L6D1

DOMICILIO / DOMICILIO
 LGAR. QUEIROAL 1
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
 TOURO
 A CORUÑA

HJOVA DE / FILLOA DE
 JOSE / ANUNCIA

IDESPCHF105269333215424C<<<<<<<
 5310315F9901018ESP<<<<<<<<<<<<4
 RENDO<CARNEIRO<<DINA<<<<<<<<<<

SOLICITANTE

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

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

105970248

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Pablo José Pardo Gótzman
A Coruña
Santiago de Compostela

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514228

1ª colegiación
1ª colexiación

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:

PENA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

LISTE

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 05

Mes 07

Año 1947

Sexo:

Varón ☒

Mujer ☐

Documento
de identidad:

☒

D.N.I.
D.N.I.

Número:

76293059-N

Documento
de identidad:

☐

Pasaporte
Pasaporte

Número:

☐

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

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

17:45

Día 21

Día 21

Mes 01

Mes 01

Año 2026

Año 2026

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

Santiago de Compostela

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo
Lugar de traballo

Otro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMON
ESTADIO IIIIA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Praticouse autopsia clínica?

Sí/Sí

No/Non

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:

Accidente de tráfico
Accidente de tráfico

No/Non
Sí/Sí

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non
Sí/Sí

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

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 Xaneiro de 2016
En _____, a _____ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **causa Inmediata** 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 Defunción.

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 transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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 excluyentes, 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 ☐ ☐ 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, anotarase 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
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: Diabete

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
Días Meses Años

Otras recomendacións

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



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 MANUEL PENA LISTE que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 76293059N según la certificación facultiva presentada, que constata la fecha de la muerte el día **21** de **ENERO** de **2026** a las 17:45 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.



