

OTROS CONCEPTOS

ENCERO (18 ROSAS ROJAS): **PAGADO** USC
 Actura a: ANTONIO GONZÁLEZ GÓMEZ web
 32640741W Paza Rodríguez Gómezs, sln - STGO
 15705
 itonionucha65@gmail.com

ENCERO (ver 1): **PAGADO** - CACHO cop
 ENCERO (24 R BL) **PAGADO** DE JOSÉ ANTONIO - USC
 SIMPLI 25

FALLECIDO: ENMA OROSIA, SANTUÁS COUTO ST-8

Fecha de fallecimiento 5 - ENERO - 2026

Domicilio H. CONXO - SANTIAGO (CASTIÑEIRIÑO - SANTIAGO)

Teléfonos: 636539157 (ANA) E-mail: 620509297 (Rafael)

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	CASTAÑO REDONDA	Medida 1'90	1950€
Capilla ardiente	QUINTANA	Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO		
Prensa	OPRERO N° 3 (Yates)		
Radio	1 vez lunes.		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id. Recogida una 1632 en Lavreolla.		
Certificado médico	Si	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura	TRINERO (VACÍO) Lavado		
Iglesia	CAPILLA CORPEJO		
Incineración	Urna:		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	60'00
Cantores	SANTIER	Funeral: DA YABIO	85 (19879) Pepe
Flores	OPRONA ROSAS ROJAS: TUS HIJOS E HIJOS POLITICOS		
	OPRONA ROSAS BLANCAS: TUS NIETOS Y NIETOS POLITICOS		
	CENTRO 18 ROSAS JUANAS: TUS BISNIETOS		
	(CENICHA CATA)		

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario
~~CHEXI~~ SÁVELA EN IGLESIA DE CASTIÑEIRIÑO.

FALLECIDO: Nombre ENMA OROSIA, SANJUÁS COUTO D.N.I. N° 33292167N
id. de los padres MANUEL Y MARÍA MANUELA
Naturaleza TOURO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 11- NOVIEMBRE - 1933
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio CASTIÑEIRIÑO, 33
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 750 horas del día 5 de ENERO de 2026
Domicilio HOSPITAL DE CONYO - SANTIAGO
Cementerio SAN PELAYO DE SABUGUEIRA - LAVACOLLA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. ANA IGUESIAS SANJUÁS (HIJA) D.N.I. 33281268S
domiciliado en EL MISMO

D/ña. OROSIA SANJUÁS COUTO
(VIUDA DE ISMAEL IGUESIAS RODRIGUEZ)
falleció en CUECA DEL CASTIÑEIRIÑO - STGO en el día de 5/1/2026 a los 92 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos MARÍA ESTHER, ISMAEL (+), MARÍA SOLEDAD, ANA
Y JOSÉ ANTONIO IGUESIAS SANJUÁS;
Hijos políticos JESÚS, ~~SA~~ RITA MARIA, RAYÓN, Y CARMEN;

Padres _____
Abuelos NIETOS, NIETOS POLÍTICOS, BISNIETOS,
Padres políticos _____
Hermanos SI

Hermanos políticos SI

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



NOMBRE / NOME

ENMA OROSIA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO

SANJUAS

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO

COUTO

EXPED. 16-08-2006 VAL PERMANENTE
IDESP

IDESP

 **Ministerio del Interior**

NACIÓ EN
NACEU EN

TOURO

PROVINCIA

A CORUÑA

PROVINCIA

MANUEL / MARIA MANUELA

EL 11-11-1933

ENMT

HJO / A DE

C. CASTIÑEIRIÑO 33

SEXO M-F

FILLO / A E

C. CASTIÑEIRIÑO 33
SANTIAGO DE COMPOSTELA

DOMICILIO
BOMBALE

SANTIAGO DE COMPOSTELA

LOCALITY

A CORUÑA

Figure 1

15771L6D1

IDESP33292167N8<<<<<<<<<<<<
3311112F9901018ESP<<<<<<<<<4
SANJUAS<COUTO<<ENMA<OROSIA<<<


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105970652

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARIA DE LOS ANGELES VARGAS MAS

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el númeroen Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

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

151514170

1ª colegiación
1ª colexiaciónCERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de *ERRORES: Maria

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:Documento
de identidad:☒

D.N.I.

D.N.I.

☐

Pasaporte

Pasaporte

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

¿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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) FALLO MULTIORGÁNICOHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) METASTASIS HEPATICAS Y CARCINOMHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosATOSIS PERITONEAL

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) CARCINOMA DE COLON ESTADIO IVHoras 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

Accidente de tráfico

No/Non

Sí/Si

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Sí/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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

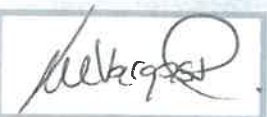
Si/Sí ☒ No/Non ☐

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 DE, a 05 de ENERO de 2026
En COMPOSTELA, a 05 de ENERO de 2026

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 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 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 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- 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 **05** de **ENERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a EMMA OROSIA SANJUAS COUTO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33292167N según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **05** de **ENERO** de **2026** a las 07:50 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.



