

FALLECIDO: AN

FALLECIDO:

Fecha de fall

Domicilio.....

Teléfonos:

Teléfonos:.....

Arca model	
Capilla ardiente	
Gestión funeraria	
Carroza tracción animal	
Recordatorio	
Ómnibus adecuado	
Turismo	
Certificado	
Carroza	
Ayuntamiento: Septiembre	
Iglesia	
Incorporación	
Presencia	
Cantores	
Flora	
Sudario	

☒ Sudario

~~Centre 0203: 5~~

3-1-2008

717 3736093 VÄE
Di 18 FEVERE

5/2/23

-415900 FINCA

FALLECIDO: Nombre AMELIA GONDELLE VAREQUE D.N.I. N° 33173941 -Y
id. de los padres - Y CARMEN
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26 - FEBRERO - 1930
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio ESCULTOR CAMILO OTERO, 2
RESIDENCIA CAMILO OTERO SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 14:00 horas del día 25 de ENERO de 2026
Domicilio Rúa do Escultor Camilo Otero, 2 - SANTIAGO
Cementerio CONXU Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. EVA MARIA PEREIRO GOMEZ (SOBRIÑA PAIT) D.N.I. 33271936 -15
domiciliado en R/ JOSÉ PASTOR HORTA, 2 - P.5.º - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña. _____
(VIUDA DE JESÚS PEREIRO GONDELLE)
falleció en _____ en el día de _____ a los 85 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105977753

Colegio de

Sello/Carimbo

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

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

1 5 0 7 8 9 9

1ª colegiación
1ª colexiación
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

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:

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?

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) PLATA CONDIORASPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA CARDÍACA

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DEMENCIA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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

02



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 26 de **ENERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a AMELIA GONDELLE VÁZQUEZ que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº 33173941Y según la certificación facultiva presentada, que constata la fecha de la muerte el día **25** de **ENERO** de **2026** a las 14:00 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.



