

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: María Mercedes Carreira De la Fuente Ja. 92
 Fecha de fallecimiento 12-2-2026 Crem.
 Domicilio H. Conxo 212
 Teléfonos: 617 773583 - María Mercedes 0986 3620
 E-mail: 0986 3620

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo <u>C-0</u> Medida <u>1,90</u>	<u>130'38</u>
Capilla ardiente <u>Complejo Cervantes</u> Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u>	<u>556 55 28'5</u>
Gestión funeraria <u>Si</u> ☐ Tramitación UUV	<u>177</u>
Carroza traslado <u>Hospitel-Complejo</u>	<u>109</u>
Prensa <u>No</u>	
Radio <u>No</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>No</u>	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo <u>17:30 id. Recoger en casa</u>	<u>46</u>
Certificado médico <u>Si</u> Registro Civil <u>Stgo</u>	<u>3</u>
Carroza Personal	<u>132'70</u>
Ayunt.º: Sepultura	
Iglesia <u>Capilla Complejo</u>	<u>154</u>
Incineración <u>18:30</u> Urna: <u>Básica</u>	<u>360 75'30</u>
Presencias ☐ Si ☐ No Destino <u>Bandera</u>	<u>60 (123294)</u>
Cantores <u>No</u> Funeral <u>X Ventura</u>	<u>146</u>
Floras <u>1 Carono 40 R. Blancas "Tu familia"</u>	<u>50'85</u>
	<u>50'85 75'30</u>

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Maria Mercedes Carrera De la Fuente D.N.I. N° 33021175-y
id. de los padres Pedro y Teresa
Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 24/07/1933
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Igreja Tarrío 22. Bugallido Ames

Fallecimiento: Fecha: 12:26 horas del día 12 de Febrero de 20 26
Domicilio H. Conxo 212
Cementerio Crematorio Complejo Apostel Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

D/ña. Carrera LA SEÑORA
Maria Mercedes de la Fuente De la Fuente
(Viuda de José García Grados)

falleció en _____ en el día de 12/2/2026 a los 92 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos "Su familia"

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



105796821

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ANA VILAS OLIVEIRA
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina y Cirugía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151514997

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARÍA MERCEDES
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: CARREIRA
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: DE LA FUENTE
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento Día 24 Mes 07 Año 1933
Data de nacemento Día Mes Ano
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón MullerDocumento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33021175-Y
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 12 : 26 Día 12 Mes 02 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 ☒ 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 paxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido aCausas intermedias³ / Causas intermedias³
(b)
Debido a/Debido aCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(c)
Debido a/Debido a(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA
BRONCOASPIRATIVAII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☐ Si/ Si ☒ No/ Non
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☐ Si/ 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 AnoContinúa al reverso
Continúa ao reverso



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 13 de **FEBRERO** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA MERCEDES CARREIRA DE LA FUENTE** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33021175Y** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **12 de FEBRERO DE 2026** a las **12:26** 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.



