

OTROS CONCEPTOS

PAGADO S.316
ENTRO (Var. 2): TEU GO SATUE E FAMILIA
entre mod 2: Familia **PAGADO** antes • TPVS317

Fra. 265
Costo familia
Correo n° Dos 210
Radio Galicia 11736

LARGAUITA SEAGNE PORTO (23 MARZO 2025)

FALLECIDO: **WVV** FERNANDO FERNÁNDEZ SEAGNE
Fecha de fallecimiento 17. FEBRERO - 2026
Domicilio H. CLINICO/PLAZA DE LEÓN, 6-2
Teléfonos: 679273122-FRANCISCA (HE-MAM)
3890€
319544

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo O CON CRUZ	Medida 1,90		730' 38
Capilla ardiente TOURAL	Sala Prep. si Libro si		650/55/20'5
Gestión funeraria si	☐ Tramitación UUV		117
Carroza traslado HOSPITAL AL COMPLEJO			100
MIÉRCOLES	CORREO N:2 (Miércoles)		DIOSO
Prensa 1730			
Radio 1 vez miércoles			DIOSO
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO			
Ómnibus acompañamiento NO			46-
Turismo id. 100000	id. Relojo cura en Casa		3
Certificado médico si	Registro Civil SANTIAGO		13270
Carroza	Personal		154
Ayunt.: Sepultura	POISACA 607 (HUECO LAPIDA)	ENTERRAR URNA DUEÑOS DEL 19	
Iglesia CAPILLAS COMPLETO		A LAS 12 DE LA MAÑANA.	
Incineración si (1800)	Urna: si (BÁSICA)	(FAMILIA ESPERA EN SEPULTURA)	300/75/30
Presencian ☐ si ☐ NO	Destino		70
Cantores si Ana	Funeral: Juan Venture		60X
Flores	A CORONA ROSAS ROSAS: TUS HERMANOS Y HERMANAS POLITICAS		• 146
	A CORONA ROSAS BUENAS: TUS SOBRINOS.		• 146
	ESQUELAS EN PORTAL (FAMILIA)		
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario
			5085 5085 1530

FALLECIDO: Nombre FERNANDO FERNÁNDEZ SEOANE D.N.I. Nº 33241724-P
id. de los padres ÁNGEL Y MARGARITA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 20.11.1961
Profesión _____ Estado SOLTERO Domicilio PLAZA DE LEÓN, 6-2- - SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 13:00 H horas del día 17 de FEBRERO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
SANTIAGO
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: | Nombre —

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ SEOANE (HERMANO) D.N.I. 33272339-X
domiciliado en TRAVESÍA DA ESTRADA, 17-2ª A - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña. FERNANDO FERNÁNDEZ SEOANE
(VECINO DE PUZA DE LEÓN - PONTEPEDRINA - SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de 17/2/2026 a los 64 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos MARGARITA, ÁNGEL (+), MARÍA DEL CARMEN, JAIME Y
FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ SEOANE

Hermanos políticos JOSE MARÍA HERNÁNDEZ, MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ,
CARMELO VÁZQUEZ, MARÍA DEL CARMEN RIAL (+) y VALBER LUNA

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos si Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción MIÉRCOLES

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA: SALA TOUNAL

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



55764724P



DNI 33241724P

APELLIDOS / APELLIDOS
FERNANDEZ
SEOANE

NOMBRE / NOME
FERNANDO

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
M ESP 20 11 1961

EMISION / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
20 02 2024 20 02 2034

NUM SOPORTE
CHI174922

625024

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



15771L6D1



DOMICILIO / DOMICILIO
PRZA. LEON DE 6 P02 ES
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

FIJADA DE FOLLOA DE
ANGEL / MARGARITA

IDESPCHI174922633241724P<<<<<<<
6111209M3402203ESP<<<<<<<<<<<<<9
FERNANDEZ<SEOANE<<FERNANDO<<<<<

FALLECIDO



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



55764724P



DNI 33272339X

APELLIDOS / APELLIDOS
FERNANDEZ
SEOANE

NOMBRE / NOME
FRANCISCO SAVIER

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
M ESP 06 11 1965

EMISION / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
13 01 2026 13 01 2036

NUM SOPORTE
CMH135288

871872

NATIONAL ID



15771L6D1



DOMICILIO / DOMICILIO
TSIA, ESTRADA DA 0017 P02 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

FIJADA DE FOLLOA DE
ANGEL / MARGARITA

IDESPCMH135288433272339X<<<<<<<
6511061M3601132ESP<<<<<<<<<<<<<3
FERNANDEZ<SEOANE<<FRANCISCO<JA

DECLARANTE (HERMANO)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105954760

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

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

A CORUÑA

SANTIAGO

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

8069

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

FERNANDO

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

FERNANDEZ

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

SEOANE

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 20

Mes 11

Año 1961

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

33241724-P

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos

13:00

Día 17

Mes 02

Año 2020

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

SANTIAGO (H CLIMA)

Domicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro 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) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c)

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

(d) PERFORACIÓN GÁSTRICA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

PERITONITIS

II. 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 tráficoNo/Non ☒Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒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 17 de FEBRERO de 2026
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
debido a 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

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

II

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 10

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 imediata 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 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 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
debido a 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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 10

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 10

Oútras recomendacións

- Empregar máisúsculas 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de FERNANDO FERNÁNDEZ SEOANE con documento identificativo DNI núm. 33241724P según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 17 de febrero de 2026, a las 13:00 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura al cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a, 18 de febrero de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
18/02/2026 10:57

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:GA8M-cuzj-aHf&-D7aJ

