

OTROS CONCEPTOS

CENTRO (18 ROSAS) **PAGADO** TPV 2.306
CENTRO (18 ROSAS) MANEIRO GUERRAS

FALLECIDO: Maria Elena Álvarez Cortizán
Fecha de fallecimiento 16- Febrero - 2026
Domicilio Resid. Las Arcaúgedes
Teléfonos: 69707022 • MANUEL (HERMANO)
E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo Cero	Medida 1'90	
Capilla ardiente Ceraúgedes	Sala Prep. 3ª Libro NO	
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado RESIDENCIA - COMPLETO		
Prensa NOT DE GALICIA N°2 - E. GENERAL		
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo id. RECOGER 12:30 - EN S. LIAÑO		
Certificado médico X	Registro Civil: X ICS	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia CAPILLA COMPLETO		
Incineración SI	Urna: BÁSICA	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino CUSTODIA FAMILIAR	
Cantores NO	Funeral: X JUAN V.	
Flóres X CENTRO 18 R.B. - Tus HERMANOS Y H. POLITOS		
X CENTRO 18 R.B. - Tus SOBRINOS Y S. POLITOS		
X CENTRO V. MANCHA ATADA - E.H.H.A.		

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Maria Elena Alvarez Cortinas D.N.I. N° 32383950-2
id. de los padres Manuel y Hortensia
Naturaleza Mouforte de Lemus Provincia Lugo
Día, mes y año de nacimiento 10/1/1949
Profesión _____ Estado DIVORCIADA Domicilio Bugar de Feros N°53
TEO - RESIDENCIA LOS ARCANJELES

Fallecimiento: Fecha: 01:00 horas del día 16 de FEBRERO de 2026
Domicilio RESIDENCIA LOS ARCANJELES - TEO
Cementerio Inc. Complejo Funerario Apostol Ayunt.º Stgo

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

D/ña. LA SEÑORA MARIA ELENA ALVAREZ CORTINAS

falleció en _____ en el día de 16/02/2026 a los 77 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a NO

Hijos NO

Hijos políticos NO

Padres NO

Abuelos NO SOBRINO POLITICO: MARTIN FRADKIN

Padres políticos NO BISOBRIÑA: EMMA FRADKIN

Hermanos HORTENSIA Y MANUEL ALVAREZ CORTINAS

Hermanos políticos HAURICIO CASTILLO Y VICTORIA RIVEIRO

SOBRINOS: FLORA, VIOLETA Y BERTA ALVAREZ CASTILLO

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos _____ Primos SI'

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



APELLIDOS / APELLIDOS
 ALVAREZ
 CORTINAS
 NOMBRE / NOME
 MARIA ELENA
 SEXO / SEXO
 F
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
 10 01 1949
 VALOR / VALOR
 B0G148698 01 01 9999

Heno Awaiki

024064

AVD: MONSERRAT 16 PDA U
MONSERRAT
A CORUSA
A CORUSA

MONSIEUR
A GORUS
A LORUS

MONITOR DE LEMOS
LUGO

MANUEL A. MONTESLA

IDESPBOG14869893238395UL<<<<<<
4901105F9901018ESP<<<<<<<<<<<0
ALVAREZ<CORTINAS<<MARIA<ELENA<

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

 DNI 32428323W

APELLIDOS: APELLIDOS
 ALVAREZ
 CORTIÑAS
 NOMBRE: NOME
 MANUEL

500-220	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	NACIMIENTO / NACIMENTO
M	ESP	11 11 1958

EMISION	EMISION	VALIDEZ (VALIDEZ
08 11 2021	08 11 2031	

NUM SOPORTE:
CAZ141048

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO: DOMICILIO
RUA. TUI 2
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO:
MONFORTE DE LEMOS
LUGO

MOÇA DE FELDIA DE
MANUEL / HORTENSIA

IDESPCAZ141048932428323W<<<<<<
5811111M3111080ESP<<<<<<<<<<1
ALVAREZ<CORTINAS<<MANUEL<<<<<<

SOLICITANTE (HERMANO)

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105956428

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. CARLOS DAVIA MIRÁS BELLO, LICENCIADO

D. / Dña.

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 exercicio profesional en

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

151508677

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA ELENA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

ALVAREZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

CORTINAS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 10

Mes 01

Año 1949

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Sexo:

Varón ☐Muller ☒

Documento

de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

32383950-2

Documento

de identidad:

☐ Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

01:00

Día 16

Día 16

Mes 02

Mes 02

Año 2026

Año 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: TEODomicilio 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) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) NEOPLASIA PULMONAR

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿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

No/ Non ☒

Accidente laboral

No/ Non ☒

Accidente de tráfico

Sí/ Si ☐

Accidente laboral

Sí/ Si ☐

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día 00

Día 00

Mes 00

Mes 00

Año 00 00

Año 00 00

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 TEO, a 16 de FEBRERO de 2026
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

747854
DR. CARLOS DAVID
MIRAS BELLO

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 anota 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

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 transcurrido 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.

Ejemplo:

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) Hemorragia 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. Anótase 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 ☐ ☐ 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: Diabetes

Horas ☐ ☐ 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 **16** de **FEBRERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA ELENA ÁLVAREZ CORTIÑAS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **32383950L** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16 de FEBRERO DE 2026** a las **01:00** horas, acaecida en **TEO**.

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



