

OTROS CONCEPTOS

Teléfonos: 607734610 - ISABEL E-mail: 619212071 - ROGELIO (SOLICITANTE)

| CONCEPTOS                                                                                                                                                                            |                                                                                |        | Servicio prestado |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| Arca modelo                                                                                                                                                                          | C-1                                                                            | Medida | 1'90              |
| Capilla ardiente                                                                                                                                                                     | T.MONTAUTO, 2 Sala Prep. <del>Si</del> Libro                                   |        | NO                |
| Gestión funeraria                                                                                                                                                                    | <del>Si</del> <input type="checkbox"/> Tramitación UUV                         |        |                   |
| Carroza traslado                                                                                                                                                                     | <del>H. CONXO - T. MONTAUTO</del>                                              |        |                   |
| VIERNES                                                                                                                                                                              |                                                                                |        |                   |
| Prensa                                                                                                                                                                               | <del>CORREO MOD. 3</del>                                                       |        |                   |
| Radio                                                                                                                                                                                | <del>1 Vez JUEVES</del>                                                        |        |                   |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas                                                                                                                                                    | NO                                                                             |        |                   |
| Ómnibus acompañamiento                                                                                                                                                               | NO                                                                             |        |                   |
| Turismo                                                                                                                                                                              | 11:00 id. <del>RECOSER D. BENJAMÍN EL IGLESIA</del>                            |        |                   |
| Certificado médico                                                                                                                                                                   | <del>Si</del> Registro Civil: <del>SANTIAGO</del>                              |        |                   |
| Carroza                                                                                                                                                                              | Personal                                                                       |        |                   |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                                                                                                                   | <del>CACHEIRAS</del> <del>PATRONATO</del>                                      |        |                   |
| Iglesia                                                                                                                                                                              | SAN FRANCISCO DE ASIS - Los Tilos                                              |        |                   |
| Incineración                                                                                                                                                                         | Urna:                                                                          |        |                   |
| Presencian                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Destino                |        |                   |
| Cantores                                                                                                                                                                             | <del>ANSA D. BENJAMIN</del> Funeral <del>D. BENJAMIN</del> <del>NO COBRA</del> |        |                   |
| Flóres                                                                                                                                                                               | <del>CORONA R. ROJAS: TUS SOBRINOS Y SOBRINOS POLITICOS</del>                  |        |                   |
|                                                                                                                                                                                      | <del>CENTRO 24 R.B: TUS DISOBRINOS</del>                                       |        |                   |
|                                                                                                                                                                                      | <del>CORONA (40 R.)º: ANABEL Y CRISTINA</del>                                  |        |                   |
|                                                                                                                                                                                      | EN FCA.                                                                        |        |                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sudario <input checked="" type="checkbox"/> Cubredifuntos <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input type="checkbox"/> Rosario |                                                                                |        |                   |

~~DAV.F. ENTREGADAS A ROGELIO~~

FALLECIDO: Nombre MARÍA DEL CARMEN NEIRA CERDEIRA D.N.I. Nº 33186483-J  
id. de los padres JOSÉ / GUMERSINDA  
Naturaleza SILLEDA Provincia PONTEVEDRA  
Día, mes y año de nacimiento 29 DE DICIEMBRE DE 1934  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado SOLTERA Domicilio C/ESCULTOR CAMILO OTERO, 2  
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 08:30 horas del día 26 de FEBRERO de 2026  
Domicilio HOSPITAL DE CONVO  
Cementerio CACHEIRAS Ayunt.º TEO

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. ROGELIO MAREQUE NEIRA ( SOBRINO ) D.N.I. 33205325-2  
domiciliado en COBAS, 11 - TEO

L SEÑOR  
D/ña. MARÍA DEL CARMEN NEIRA CERDEIRA ( VECINA DE SANTIAGO )

falleció en \_\_\_\_\_ en el día de 26/2/26 a los 92 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a \_\_\_\_\_  
Hijos \_\_\_\_\_

Hijos políticos SOBRINOS: ROGELIO, ISABEL Y JOSE MANUEL (+) MAREQUE NEIRA

Padres SOBRINOS POLÍTICOS: DANIEL DÍAZ SOMOZA Y MARICARMEN BUELA CRUTES

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos PRIMOS Y DEMÁS FAMILIA

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





105648033

Colegio de

MEDICO

CHAVEVEDRA

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

JOAQUÍN SÁNCHEZ LEIRA ; DOCTOR  
A CORUÑA  
SANTIAGO

, con el número  
, co número

Colegio actual  
Colegio actual

Nº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a

151507341

1ª colegiación  
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA DEL CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

1er. Apellido do falecido/a:

MEIRA

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

CERDEIRA

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

33186483-J

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

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 trabajo

Otro lugar  
Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado  
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) EMBOLIA AGUDA DE PULMON

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

Debido a/Debido a

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

Debido a/Debido a

(d) SEPSIS DE ORIGEN URINARIO

Horas

Días

Meses

Años

Horas

Días

Meses

Años

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

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  
Accidente de tráfico

No/Non  
Si/ Si

Accidente laboral  
Accidente laboral

No/Non  
Si/ 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/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 26 de FEBRERO 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 ☐ ☐ 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

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2  
Horas Días Meses Años

#### 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5  
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0  
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.

### Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **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 transcorrido 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.

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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2  
Horas Días Meses Años

#### 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0  
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0  
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 ambigüidades.
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 26 de **FEBRERO** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D<sup>a</sup> **MARÍA DEL CARMEN NEIRA CERDEIRA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33186483J** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **26 de FEBRERO DE 2026** a las **08:30** 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.



