OTROS CONCEPTOS

SIMPLI 247 PAGADO 10 FEB. 2026 TPV

entro 18 rosas bl. Pagado y Mari

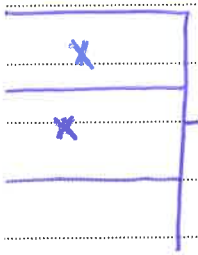
tro 18 rosas bl. Con cariño de los compañeros.

PAGADO

de Laboratorio de tu hijo Suso

SIMPLI 248 web 10 FEB. 2026

Prot. 11 - 2021



→ Enterrar debajo del marido.

FALLECIDO: Carmen Armeiriñas Adoñez web

SF-102
ST-90

Fecha de fallecimiento 10-2-2026

Domicilio Residencia Rosalía Castro - Santiago

Teléfonos: 605680912 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-1 Medida 1,90	
Capilla ardiente PRATERÍAS Sala Prep. X Si Libro X Si	
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado Residencia Complejo	
Prensa La Voz (Edición General) 2,5x2. (miércoles 16:45)	
Radio no.	
Recordatorios fúnebres / tarjetas No	
Ómnibus acompañamiento No	
Turismo id.	
Certificado médico X Si Registro Civil: X Santiago	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura Vimianzo X Pedro.	
Iglesia San Martín de Castrelo (Vimianzo) 18:00 en iglesia	
Incineración Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino X Campana	
Cantores No Funeral: X Daniel.	
Flores 1 cruz: Llaves e II. política. 1 cruz: Niños	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre Carmen Ameijeiras Adoñez D.N.I. Nº 32334662-C

id. de los padres Alfonso - Maria

Naturaleza Vimianzo Provincia Coruña

Día, mes y año de nacimiento 16-12-1934

Profesión Rentista Estado Viuda Domicilio Residencia Avda Lugo 87-89 Santiago

Fallecimiento:

Fecha: 04:40 horas del día 10 de Febrero de 2026

Domicilio Residencia Rosalía de Castro

Cementerio SAN MARTIN DE CASTRELO Ayunt.º Vimianzo

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña. Carmen Ameijeiras Adoñez

Viuda de Jesus Hermida Pastor

falleció en Casa da Folla - Santiago en el día de 10-2-2026 a los 91 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Andres, Fernando Jesus y Alvaro Hermida Ameijeiras

Hijos políticos Mª Teresa Sandia Bello y Mª Beatriz Vazquez Juncal

nietos: Silvia, Maria, Borja, Adrian, Daniel, Alejandro y Lucia

Padres

Abuelos

Padres políticos Demas Familia

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales Miércoles

en la iglesia de

CASA MORTUORIA: Complejo Apostal

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
AMEIJEIRAS
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
ORDOÑEZ
NOMBRE / NOME
CARMEN
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
16 12 1934
IDESP
APG137134
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

MRC

DNI NÚM.
32334662C

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
VIMIANZO
PROVINCIA / PAIS / PROVINCIA / PAIS
A CORUÑA
NOMBRE DE PADRES
ALFONSO / MARIA
DOMICILIO / DOMICILIO
C. RAPA DA FOLLA 2 P02 IZ
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PAIS / PROVINCIA / PAIS
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAPG137134432334662C<<<<<<
3412167F9901018ESP<<<<<<<<<<<7
AMEIJEIRAS<ORDONEZ<<CARMEN<<<<

FALLECIDA

ES

33301860E

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33301860E

APELLIDOS / APELIDOS
HERMIDA
AMEIJEIRAS
NOMBRE / NOME
ALVARO
SEXO / SEXO M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO 03 08 1974
EMISIÓN / EMISIÓN 20 10 2025
VALIDEZ / VALIDEZ 01 02 2029
NUM SOPORTE
CL0195092

345280

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
PRZA. DA MAIA 6 P03 F
BERTAMIRANS
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BILBAO
BIZKAIA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / CARMEN

IDESPCL0195092933301860E<<<<<<
7408030M2902016ESP<<<<<<<<<<<4
HERMIDA<AMEIJEIRAS<<ALVARO<<<<

SOLICITANTE

OMC § ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

PEF9VX0NHW

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de* — Sello/*Carimbo*

105459061

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Daniel Alejandro Gouveia Pombo
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago de Compostela, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en *co número*

y con ejercicio profesional en Santiago de Compostela
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15

1ª colegiación / *1ª colexiación*: 15

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 14441

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** CARMEN

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** AMEIJEIRAS

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** ORDOÑEZ

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 16 — Mes / *Mes*: 12 — Año / *Ano*: 1934

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón*: ✓ — Mujer / *Muller*: ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 32334662-C
- ☐ 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*: 04:40 — Día / *Día*: 10 — Mes / *Mes*: 02 — Año / *Ano*: 2026

¿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 traballo* ☐ — Otro lugar / *Outro lugar* ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA — Horas / *Horas*: 01 — Días / *Días*: — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*:

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) INSUFICIENCIA CARDIORRESPIRATORIA — Horas / *Horas*: — Días / *Días*: 05 — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*:

Debido a / *Debido a*

(c) DETERIORO GENERAL PROGRESIVO — Horas / *Horas*: — Días / *Días*: — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*: 01

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) PLURIPATOLOGIA DEL ANCIANO — Horas / *Horas*: — Días / *Días*: — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*: 10

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

FIBRILACION AURICULAR — Horas / *Horas*: — Días / *Días*: — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*: 05

¿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 / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

¿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 / *En* Santiago de C, a / *a* 10 de / *de* Febrero de / *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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

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

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.

Instrucións 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 transcorrido 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — *Horas* ☐☐ *Días* 4 5 *Meses* ☐☐ *Anos* ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — *debido a* ↓ *Horas* 3 *Días* ☐☐ *Meses* ☐☐ *Anos* ☐☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — *debido a* ↓ *Horas* ☐☐ *Días* ☐☐ *Meses* ☐☐ *Anos* 2

(c) Pielonefrite crónica — *debido a* ↓ *Horas* ☐☐ *Días* ☐☐ *Meses* ☐☐ *Anos* 2

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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — *Horas* ☐☐ *Días* ☐☐ *Meses* ☐☐ *Anos* 10

II

5 Outros procesos:

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Exemplo: Diabete — *Horas* ☐☐ *Días* ☐☐ *Meses* ☐☐ *Anos* 5

Outras 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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

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 **10** de **FEBRERO** de **2026.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª **CARMEN AMEIJEIRAS ORDOÑEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **32334662C** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **10 de FEBRERO DE 2026** a las **04:40** 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
10/02/2026 14:11	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	EVA BERNARDEZ PEREIRAS	ENCARGADO

RG:hb8V-9Vn8-cM9W-zN6k