

OTROS CONCEPTOS

tar 18 Pajar Rojas: Tar Robinas Haricabelo y Luis Ramon
tar 18 Pajar Blancas: Tu hermana Política
wcoo (var. 2) (P.R.): SSN (var. 2) ADRIAN
wcoo (24R P.R.): Familia PASADO web
S. 497

PAGADO
PAGADO

PRV S. 496
ADRIAN

FALLECIDO:

Rafael Fandino Fernandez

Fecha de fallecimiento

18-marzo-2026

Domicilio

H Gil Casero

Teléfonos:

646180558

Rafael

E-mail:

rafael.f.fuentes@hotmail.com

CONCEPTOS		Medida	Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'90	
Capilla ardiente	Obsequio	Sala Prep. si Libro si	
Gestión funeraria si		☒ Tramitación UUV	
Carroza traslado	H-Gil Casero - Compañía		
Prensa	Carro, 3		
Radio	Net		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	Inscripción lápida	
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	13.15	Teléfono fune	
Certificado médico	SI	Registro Civil: Stop	
Carroza		Personal	
Ayud.º: Sepultura	Basico p. 72	Rindo	
Iglesia	Capilla Compañía		
Incineración		Urna: Polcaro	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Suso Juon	Funeral: Juan	
Flores	Carro: Tu esposa (R.R.)		
	Carro: Tu hijo (R.R.)		
	Carro: Tu mesa (Blanca)		

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

St: 109-109-2026-01-7

ST: 155
ST: 109-109-2026-01-7

FALLECIDO: Nombre Rafael Fandiño Fernández D.N.I. Nº 33202640 R
id. de los padres Ramón y María
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 13-10-1951
Profesión _____ Estado Casado Domicilio San Pedro de Mezonzo 10-37

Fallecimiento: Fecha: 7:10 horas del día 18 de 3 de 2026
Domicilio H-Gil Gaces
Cementerio Boixaca Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. Mª de la Cruz Fuentes Ferreiro (esposa) D.N.I. 33247131X
domiciliado en - el mismo -

D/ña. Rafael Fandiño Fernández L SEÑOR (Vecino de San Pedro de Mezonzo-Stgo)

falleció en _____ en el día de 18/3/26 a los 74 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Mª de la Cruz Fuentes Ferreiro

Hijos Rafael Fandiño Fuentes

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos Adelfina Ramos Ferro (Uda Ramón Fandiño Fernández)
y Manuel Isaac Fuentes Ferreiro

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos si _____ 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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
**FANDINO
FERNANDEZ**
NOMBRE / NOME
RAFAEL
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
13 10 1951
NUM. DOPUNT VALIDEZ / VALIDEZ
BHE191283 15 06 2028

Rafael Fandino

DNI **33202640R** 08025

DOMICILIO / DOMICILIO
**RUA. SAN PEDRO DE MEZONZO 10 P03 IZ
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A. CORUÑA**



GRUPO / GRUPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
**SANTIAGO DE COMPOSTELA
A. CORUÑA**
MAJIA DE / FELLO/A DE
RAMON / MARIA

**IDESPBHE191283833202640R<<<<<<<
5110135M2806158ESP<<<<<<<<<<<<9
FANDINO<FERNANDEZ<<RAFAEL<<<<<<**

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
**FUENTES
FERREIRO**
NOMBRE / NOME
MARIA DE LA CRUZ
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
29 09 1960
NUM. DOPUNT VALIDEZ / VALIDEZ
BHE191286 15 06 2028

Maria de la Cruz

DNI **33247131X** 49864

DOMICILIO / DOMICILIO
**RUA. SAN PEDRO DE MEZONZO 10 P03 IZ
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A. CORUÑA**



GRUPO / GRUPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
**SANTIAGO DE COMPOSTELA
A. CORUÑA**
MAJIA DE / FELLO/A DE
MANUEL / MARIA

**IDESPBHE191286133247131X<<<<<<<
6009290F2806158ESP<<<<<<<<<<<<5
FUENTES<FERREIRO<<MARIA<DE<L<<**

105957118

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña. SUSANA CASTRO BANA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

con el número
co número

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a
8119536
DRA. SUSANA CASTRO
BANA-15/15124781
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: RAFAEL

1º Apellido del fallecido/a: FANDINO

2º Apellido del fallecido/a: FERNANDEZ

Fecha de nacimiento Día 13 Mes 10 Año 1951

Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33202640-R

Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número: ☐

Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: ☐

Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número: ☐

Hora y fecha de la defunción Hora: minutos 07-10 Día 18 Mes 03 Año 2026

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

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) DETERIORO FUNCIONAL SEVERO

Debido a / Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Debido a / Debido a

(c)

Debido a / Debido a

(d)

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) HEPATO CARCINOMA

Debido a / Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos

¿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 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 18 de MARZO de 2016

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 sólo 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

4 5
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
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 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

5
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

1 0
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.

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 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 a 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

4 5
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) 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. Anótase 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

1 0
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

1 0
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 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 **18** de **MARZO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **RAFAEL FANDIÑO FERNÁNDEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33202640R** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **18 de MARZO DE 2026** a las **07:10** 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.



