

OTROS CONCEPTOS

Pro. Tus nietos Unesa y **PAGADO** S.465
Lukas web

FALLECIDO: DOLores FERNES TONTAO
Fecha de fallecimiento 9 - MARZO - 2026
Domicilio Rua do Sol, 6 - ANGRUÍS
(4130)

Teléfonos: 659 000 544 N: DOLores E-mail: MDOLORESQUIRTELA @Gmail.com

CONCEPTOS				Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	1'9	1034
Capilla ardiente	SALA TORAL	Sala Prep.	Si	8467 55
Gestión funeraria	Si	Libro	Si	177
Carroza traslado	Domicilio - COMPLETO	☐ Tramitación UUW		109
Prensa	3			375
Radio	NO			
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Si	100		
Ómnibus acompañamiento	100			
Turismo	id.	100		46
Certificado médico	Si	100	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal			125 200
Ayunt.º: Sepultura	BOYACA SEP 2208	100		150
Iglesia	CAROLAS COMPLETO	100		154
Incineración	Urna:			65
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	70	70
Cantores	Si	Funeral: Datos parroquial	125203	
Flores	1 CORONA 40 R.R. TO ESPERO			146 161
	1 CORONA 40 R.B: TOS NIETOS E HIJOS REYES			146 161
	1 CORONA 40 R.(B/R): TOS NIETOS Y NIETO DE NIETO			146 161
	1 (CENTRO AP R.B. (CASA) LUKAS			75
Sudario	☐ Cubredifuntos	☒ Acondicionamiento	☒ Rosario	35'50

Recepción de conceptos 16.00 75'50

FALLECIDO: Nombre DOLORES FEANES FONTAO D.N.I. Nº 3317757-X
id. de los padres JOSE Y CARMEN
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 28- MARZO - 1947
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio RUA DO SOL, 6 - ANGROIL - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 17:30 horas del día 9 de MARZO de 2026
Domicilio Su Domicilio
Cementerio BOLEACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. JOSE QUINTELA PEDREIRA (ESPOSO) D.N.I. 33114711-R
domiciliado en RUA DO SOL, 6 - ANGROIL - SANTIAGO

LA SEÑORA

D/ña. DOLORES FEANES FONTAO
(VECINA DE RUA DO SOL - ANGROIL - SANTIAGO)
falleció en _____ en el día de _____ a los 78 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa JOSE QUINTELA PEDREIRA

Hijos MARIA DOLORES, JOSE JESUS Y ANTONIO QUINTELA FEANES

Hijos políticos ABELINO NOYA Y ESTHER BLANCO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos NO

Hermanos políticos SI

* NIETO POLITICO: VOISTKA

→ VANEJA Y YAGO

→ LUKAS

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos SI Primos SI

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



105947424

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. **JOSÉ FERNANDEZ BENITO** **LA CORUÑA**, con el número
D. / Dna. **LA CORUÑA**, co número
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: **DOLORES**
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: **FEANES**
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: **FONTA**
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 28 Mes 03 Año 1947
Data de nacemento Día Mes Ano
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón Muller

Documento ☒ D.N.I. Número: 33177257-X
de identidad: D.N.I. Número:
Documento ☐ Pasaporte Número:
de identidad: Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 17:30 Día 09 Mes 03 Año 2026
Hora e data da defunción Hora : minutos Día Mes Ano

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? **SANTIAGO DE COMPOSTELA**

Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de traballo 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) **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA A6V**
DA PARADA CARDIORRESPIRATORIA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) **ESTENOSIS PÍLORICA**
ANEMIA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c)
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) **ADENOCARCINOMA PANCREAS ESTADI**
0 IV
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

DIABETES
Horas 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 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 Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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/Existência de próteses

En SANTIAGO, a 9 de MARZO 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

☐ ☐ 45 ☐ ☐
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

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

☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
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 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

☐ ☐ 45 ☐ ☐
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, anotarase 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

☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
Horas Días Meses Años

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
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.



LICENCIA DE ENTERRAMIENTO

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
EXPEDIENTE Nº 20260310/026204 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª DOLORES FEANES FONTAO con Documento Identificativo DNI y Nº 33177257X, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 09 de MARZO de 2026, a las 17:30 horas, acaecida en DOMICILIO PARTICULAR;
SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura al cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas hábiles desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 10 de MARZO de 2026.



