

OTROS CONCEPTOS

24RR "Tu abijada Paula Rical Gómez" •
 t. 30RR/RB "Tu prima Carmen Gómez ~~Figueras~~ e hijos" •

Itro 18R: Familia ~~Villalobos~~ de Hugo TRV (S.427) •
 Itro C: Familia ~~Villalobos~~ de Hugo TRV (S.426) •
 Itro 18RB: ~~Compensación~~ de 10 Países de León Bruna • (S.433)
 Itro mod. i: Familia ~~Villalobos~~ de Hugo TRV (S.432) •
 Itro 24RR: Sin ~~compensación~~ de 10 Países de León Bruna TRV (S.429) •

Plad Manuel Nuga y Familia

Acui → Manuel Nuga y Familia

FALLECIDO: Mercedes Villalobos Casas

Fecha de fallecimiento: 3 Marzo 2026

Domicilio: Cua de Pica 13 - Figueras

Teléfonos: 696633581 Cucha-hija E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	201	Medida	1'90
Capilla ardiente	QUINTANA	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	Tramitación UUV	
Carroza traslado	AXIALO - TAMPICO		
Prensa	No		
Radio	No		
Recordatorios fúnebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id. SALE AL TAMPICO	Registro Civil:	SANTIAGO
Certificado médico		Personal	
Carroza			
Ayunt.º: Sepultura	Finco Figueras		
Iglesia	STA MARIA DE FIGUERAS		
Incineración		Urna:	XPINERO
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	CHITPAUA
Cantores	FLOR	Funeral:	XIGUEL
Flóres	Cama 75 Rosas Roja "To hijas" •		X140*(124752)
	Cama 50 Rosas Blancas "To uetes" •		
	VESTIR y ADOREAR		
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre MERCEDES VILLAVERDE CASAS D.N.I. N° 33174209K
id. de los padres MERCEDES
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 2 MARZO 1937
Profesión Figueiras Santiago Estado Viuda Domicilio Lugar Paros N° 13

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 3 de MARZO de 20 26
Domicilio LUGAR PAIOS 13 - FIGUEIRAS - SANTIAGO
Cementerio SIA MARIA DE FIGUEIRAS Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Concepción Parga Vilbribe (?) D.N.I. 33251952R
domiciliado en Rep. Argentina, 18 - Vilbribe - León

LA SEÑORA

D/ña. Mercedes Villaverde Casas
Viuda de Manuel Parga Fraga Vecina de Figueiras
falleció en _____ en el día de _____ a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos María Carmen y Concha Parga Villaverde

Hijos políticos Ramón Gallas y Pardo González

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos No unidos políticos: Si

Hermanos políticos _____

Manuel Parga Pablo y Claudia

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción _____ y demás familia _____

Funerales _____

en la iglesia de STA MARIA DE FIGUEIRAS

CASA MORTUORIA: QUINTANA

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

+ Manuel Parga Fraga 6 Octubre 2021



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105956793

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. JULIA CASAS SUE
D. / Dña. _____
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número _____
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en _____, co número _____
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
y con exercicio profesional en _____

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

[illegible]

Fecha de nacimiento **Día** **Mes** **Año** **Sexo:** Varón ☐ Mujer ☒
Data de naixement *Dia* *Mes* *Ano* *Sexo:* Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33174209-K
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos : Día Mes Año
 Hora e data da defunción Hora : minutos : Día Mes Ano

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: VILA DO DE COMPTÉCA

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 instruccions na pàgina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata ² / Causa inmediata ²							
(a)	F A L L O M U L T I O R T A N I C O						
		Horas	Días	Meses	Años		
		Urges	Días	Meses	Años		

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

[illegible]

Debido a/Debido a

(c)  

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

[illegible]

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

[illegible]

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indícios de morte violenta?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica?/Practícouse 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: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia Mes Ano

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 Monte Apo, a 4 de Noven de 2026
 En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

410463
DR. JOSE LUIS CASAS
GUDE 15/056300

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 30 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

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 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 00 Días 00 Meses 00 Años 01

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 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 30 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 02

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 02

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 05

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabetes

Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 01

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 **04** de **MARZO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MERCEDES VILLAVERDE CASAIS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33174209K** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **03 de MARZO DE 2026** a las **21:00** 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.



