

OTROS CONCEPTOS
TANCA PORTOMENE
ALEXANDRO.
Yolanda Portomene
Jose Antonio Villaver.

FALLECIDO: CARMEN FREIRE DIAZ ST: 152
Fecha de fallecimiento 16 DE MARZO DE 2026
Domicilio RUA OVIEDO, N°6 - 1° IZA - SANTIAGO
Teléfonos: 686955280 - Juan José E-mail: juvaz@telefonica.net

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	<u>C-1</u>	Medida	<u>1'90</u>
Capilla ardiente	<u>TOURAL</u>	Sala Prep. <u>Si</u>	Libro <u>Si</u>
Gestión funeraria	<u>Si</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	<u>DOMICILIO - COMPLEJO</u>		
Prensa	<u>NO</u>	<u>ESQUELAS DURALES (FUNERARIA LEANDRO)</u>	
Radio	<u>NO</u>	<u>TABOADA</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento	<u>NO</u>		
Turismo	id. <u>11:30</u>	<u>600 Smales (Slide Luis)</u>	
Certificado médico	<u>Si</u>	Registro Civil <u>Santiago</u>	
Carroza	<u>PERSONAL</u>		
Ayunt.º: Sepultura	<u>SANTO TORÉ DO CARBALLO - TABOADA</u>	<u>(Raya Leandro)</u>	
Iglesia	<u>TABOADA</u>	<u>LA PIDA (Leandro)</u>	
Incineración	<u>Urna</u>		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	<u>13:30 hrs</u>
Cantores	<u>NO</u>	Funeral	<u>(Leandro)</u>
Flóres	<u>18 R.B. "Tu hijo" Ceslo</u>		

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

7 TANCAL CARVALLO

PUZURA 3 HUECOS

upado el de abajo.
terrar en el del medio.

TANCA á man izada.
(Funeraria Leandro)

FALLECIDO: Nombre CARMEN FREIRE DÍAZ D.N.I. Nº 33774883-G
id. de los padres INDALECIO / BALBINA
Naturaleza LUGO Provincia LUGO
Día, mes y año de nacimiento 21 DE JULIO DE 1940
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio RÚA OUEDO, Nº6-1-1ªa
Santiago

Fallecimiento: Fecha: 20:30 horas del día 16 de MARZO de 2026
Domicilio Rúa Ouedo, Nº6 - 1ªa - Santiago de Compostela
Cementerio SANTO TOMÉ DE CARBALLO - TABOADA Ayunt.º TABOADA

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. Jose Antonio Vázquez Freire (hijo) D.N.I. 10860605-M
domiciliado en Rúa Ouedo, Nº6 - 1ªa - Santiago de Compostela

D/ña. CARMEN FREIRE DÍAZ ^{LA SEÑORA} (viuda de ~~Antonio~~ Segundo Vázquez
Portomene)

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos Cargar en CTª: ES18/0182/5920/5902/0202/6284

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA



PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
FREIRE

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
DIAZ

NOMBRE / NOME
CARMEN

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
21 07 1940

IDESP
A18181930

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

FDG

Carmen Freire Diaz



DNI NÚM.
33774883G

FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO
C. DE OVIEDO 6

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
SOTO DEL BARCO
ASTURIAS

HUJIA DE / FILLOJA DE
ANTONIO SEGUNDO / MARIA CARMEN

IDE SPBIV121548110860605M<<<<<<
6406279M2901178ESP<<<<<<<<<<6
VAZQUEZ<FREIRE<<JOSE<ANTONIO<<

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105955952

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D./Dña.

CARLOS GARCÍA ESTRADA

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

LA CORUÑA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

con el número
co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15017592

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:

FREIRE

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

DÍAZ

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 21

Mes 07

Año 1940

Sexo:

Varón

Mujer ☒

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

33774883-6

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos 20:30

Día 16

Mes 03

Año 2026

¿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 ☐

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) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos / Outros procesos

DIABETES
HIPERTENSION

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 de tráfico Si/ Si ☐

Accidente laboral No/ Non ☒
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/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 SANTIAGO, a 16 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

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotar 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 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 ☐ ☐

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 Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dizer, 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 excluyentes, é decir, 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Outras 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.



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 17 de **MARZO** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **CARMEN FREIRE DÍAZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33774883G** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16 de MARZO DE 2026** a las **20:30** 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.



