

OTROS CONCEPTOS

10 24 Rosas blancas: Familia Pastor de Tolgato - (lechi)

10 24 Rosas blancas: Familia Rosas 646916107

PAGADO

5277 cad 9/19 TV

51066572

10 24 Rosas blancas: Familia Rosas 646916107

10 24 Rosas blancas: Familia Rosas 646916107

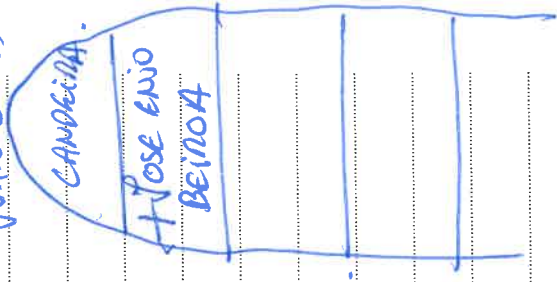
CPVS.578

10 24 Rosas blancas: Familia Rosas 646916107

PAGADO

10 24 Rosas blancas: Familia Rosas 646916107

PROP. DE
JUAN GÓMEZ



RECUPERAR
PESTOS

ENTERAR
AQUI.

(NON TEN CRISTAL)

hente as encaleras
porte Grande.

ST-220
ST-118
45026

web

FALLECIDO: MARIA ENJO GERPE

Fecha de fallecimiento: 30- DARTO- 2026

Domicilio: 66AR FOLGOSO, Nº9. FIGUEIRAS. SANTIAGO.

Teléfonos: 630766128 (M. Pol. 1)

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	X C1	Medida 1'90
Capilla ardiente	X Acondicionamiento Sala Prep	Libro X Si
Gestión funeraria	X Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	X Domicilio - COMPLEJO	
Prensa	X CORREO, 2	
Radio	X VUELA MARTES	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	No	Inscrip
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	id. SALE AL COMPLEJO	
Certificado médico	X Si	Registro Civil: SANTIAGO.
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Figueiras	X Poble Camborcentos
Iglesia	Figueiras	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino X CAMPANERS
Cantores	X SUSO LUONI	Funerar X D. MIGUEL
Flores	X 1 CARONA R. ROSAS: TUS HIJOS E HIJOS POLITICOS	
	X 1 CARONA R. BLANCAS: TUS NIETOS Y NIETOS POLITICOS	
	X CENTRO ENSEÑA CASA: TUS BIANIETAS (18R. BLA)	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre MARIA ENJO GERPE. D.N.I. Nº 33.163.566-6
id. de los padres RADÓN / MARIA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 18- ABRIL- 1930
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio LUGAR FOLGOSO, Nº9.
FIGUEIRAS. SANTIAGO.
Fecha: 22:15 horas del día 30 de MAI de 2026.
Fallecimiento: Domicilio LUGAR FOLGOSO Nº9. FIGUEIRAS. SANTIAGO.
Cementerio FIGUEIRAS Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Manuel Enjo Enjo (Hijo) D.N.I. 33256517 N
domiciliado en El mismo

L SEÑOR

D/ña. MARIA ENJO GERPE
(VIUDA DE JESÚS ENJO GÓMEZ)
falleció en _____ en el día de _____ a los 95 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos JOSÉ, MARIA, MANOLO Y CARMEN ENJO ENJO

Hijos políticos ALICIA PÉREZ, PEPE RIAL, FINA GARCÍA Y MONCHO LEAS

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos PIJAR ENJO GERPE

Hermanos políticos SI

Nietos Políticos

PABLO, JAGO, BLANCA, YOLANDA, MÓNICA, SUSO y ANA

Nietos + Bisnietos SI 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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

ENJO
GERPE
MARIA
F ESP
18 04 1930
AA0165782
01 01 9999

NGM

DNI NÚM.
33163566G

Maria Enjo Gerpe



SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
SAMON / MARIA
LGAR. FIGUEIRAS FOLGOSO 9
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
15771L6D1

IDESPAAD165782833163566G<<<<<<<
3004180F9901018ESP<<<<<<<<<<<7
ENJO<GERPE<<MARIA<<<<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ES **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33256517N

APellidos/APELLIDOS
ENJO
ENJO
Nombre/NOME
MANUEL

SEXO/SEXO **NACIONALIDAD/NACIONALIDADE** **NACIMIENTO/NACIMENTO**
M **ESP** **16 04 1961**

EMISIÓN/EMIÇÃO **VALIDEZ/VALIDEZ**
19 03 2024 **19 03 2034**

NÚMERO/NUMERO
CHP119993

362304

NATIONAL IDENTITY CARD / INSCRICIÓN NACIONAL DE IDENTIDAD



DOMICILIO DOMICILIO
LGAR. FOLGOSO 9
FIGUEIRAS
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
15771L6D1
LUGAR DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HEDIA DE FALLECIDA DE
JUAN JESUS / MARIA

IDESPCHP119993233256517N<<<<<<<
6104162M3403196ESP<<<<<<<<<<<3
ENJO<ENJO<<MANUEL<<<<<<<<<<<<<

DECLARANTE (HIJO)

<https://certificados.cgcom.es>

DAZUNSCZXX

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

104621595

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. CECILIA
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA
con el número
co número

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a
151509228
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MANCA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: EMTO
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: GENDE
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 04 Año 1930
Data de nacemento: Día 18 Mes 04 Ano 1930
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33163566-6
Documento de identidade: ☒ D.N.I. Número: 33163566-6
☐ Pasaporte Número:
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 22:15 Día 30 Mes 03 Año 2026
Hora e data da defunción: Hora : minutos 22:15 Día 30 Mes 03 Ano 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 ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) DAILADA CALEO-LESPIRATORNEA
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) DEBIDO A
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

(c) DEBIDO A
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) INFANTO AGUDO MIOCARDIO
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
DEMENCIA NO ESPECIFICADA
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?
Sí/Sí ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?
Sí/Sí ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐

Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento com isótopos radioativos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Santiago, a 30 de Mayo de 2026

Firma del médico/
Assinatura 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 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 excluíntes, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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) Hemorragia 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. 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 **31** de **MARZO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA ENJO GERPE** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33163566G** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **30 de MARZO DE 2026** a las **22:15** 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.



