

۹۷

Fecha de fallecimiento 19-Abril-2026.
Domicilio H. Ceinilo, Logan vitahño, 12, BOSTO SAN DIEGO.
666-687300. Miguel Prieta
Teléfono: E mail: BOSTO SAN DIEGO 23 Oct

652 144179 Victoria E-mail: van.angela@car

Servicio pre

Arca modelo	Medida
203	410
	185

Capilla ardiente ~~CONKEIO~~ ~~QUINANA~~ Sala Prep. 21 Libro ~~24~~

Gestión funeraria 24 ☐ Tramitación UVV

Carroza traslado ☒ 11. Cívica - condecorado.

Prensa

Radio ~~2~~ uer Viermes.

Recordatorios fúnebres / tarjetas

Omibus acompañamiento

Id. *kecoja cura*. 17:00 *tsjrie*.

Certificado médico ~~X~~ S. Registro Civil: ~~X~~ SANCAGO.

Carroza Personal ~~X~~ CAMPANERO/HUERA)

Ayunt.º: Sepultura 60570

✓ **SAU PEDRO DE BOSIO. XI NELO**

Incineración Urna:

Presencia ☐ SI ☐ NO Destino

Cantores ☒ (Aquila e Família) Funeral: ☒ D. Alvaro!

~~Flores~~ 2 corona yolk B. 1 us lijos e vija radica

☒ Sudario	☐ Cubredifuntos	☒ Acondicionamiento	☒ Rosario
---	--	---	---

FALLECIDO: id. de los padres MANUEL / CARRA
Naturalaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 10- ABRIL- 1954
Profesión Estado CASADO Domicilio Lugar vicario, 12, Busto, SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fecha: 9:30 horas del día 17 de ABRIL de 2026.
Fallecimiento: Domicilio Hospital CAUICO
Cementerio SAN PEDRO DE BUSTO. Ayuntamiento SANTIAGO.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página) D.N.I.

DECLARANTE D. domiciliado en

D/ña. EL SEÑOR SERRANO NAVARRO DOMINGUEZ. (vecino de Vilariño-Busto-Santiago) (jubilado de costosa)
falleció en a los 72 años confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa

María de Carme Otero Gómez
Hijos Raquel y Víctor Navarre Otero

Hijos políticos Carvelo Ruano Dominguez

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos

Bisnietos

Tios

Sobrinos

Primos

y demás familia.- Conducción

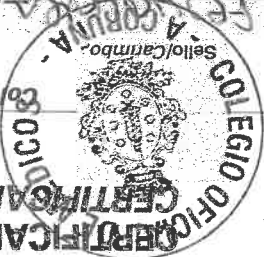
Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



Colegio de

106174484

Nº Certificado/Nº certificado

151512515
Nº de colegiados
Colegio actual
1ª colegiación
co número
Santiago de Compostela

CLASE 3ª SERIE A

3.63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3.63 Euros. Derechos autorizados, I.V.E. incluido.

D./Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

y con ejercicio profesional en

y con ejercicio profesional en

CERTIFICADO de defunción de / CERTIFICADO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

Fecha de nacimiento

D.N.I. Número: 33215884-C

Documento de identidad: D.N.I. Número: 33215884-C

Documento de identidad: Pasaporte Número: -

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

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos 09:30

Día 17 Mes 04 Año 2026

En qué municipio ocurrió la defunción? / En qué concejo ocurrió a defunción?

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado

1. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) Sepsis abdominal

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) Debido a/Debido a

(c) Debido a/Debido a

(d) Causa inicial o fundamental / Causa inicial o fundamental

CARCINOMA MICROCITICO DE

COLEMAN

II. Otros procesos / Otros procesos

(a) Ha habido indicios de muerte violenta? / Hubo indicios de muerte violenta?

(b) Se practicó autopsia clínica? / Practicó autopsia clínica?

(c) La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?

Accidente de tráfico ☒ No/No

Accidente laboral ☒ No/No

Accidente de tráfico ☐ Si/Sí

Accidente laboral ☐ Si/Sí

Fecha del mismo: Día Mes Año

Continúa al reverso

Continúa al reverso

Continúa al reverso

Continúa al reverso

Continúa al reverso

Continúa al reverso

Continúa al reverso

Continúa al reverso

Continúa al reverso

[Existen riesgos infecciosos?/Existen riesgos infecciosos?]

SI/ SI ☒ No/ Non ☐

Enfermedad infecciosa/Enfermedad infecciosa

Grupo/ Grupo I ☐ II ☐ III ☐

Possibilidade de Incrinação?/Possibilidade de Incrinação

SI/ SI ☒ No/ Non ☐

Incrinação condicionada por: /Incrinação condicionada por:

Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

Tratamiento con isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos

Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En 19 de Junho de 2016

Firma do médico

Instruções básicas de Certificação:

Instruções básicas de Certificação:

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".

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).

Exemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas Dias Meses Años

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.

Exemplo: (a) Hemorragia cerebral

Horas Dias Meses Años

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).

Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados de descompenso de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático

Horas Dias Meses Años

Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Exemplo: Diabetes

Horas Dias 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,

separarlas 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 por causa imediata e se remate com causa inicial ou fundamental, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "devido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tan importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

Anotar o tempo transcorrido entre o começo de cada afeção e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) deve ser inferior ou igual a I.(b), e este a sua 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).

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas Dias Meses Años

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

Horas Dias Meses Años

Causas intermedias:

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotáranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Causa inicial ou fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciu a morte. Anotárase unha única causa, a que fose desacompenso de todo o proceso que levou a defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descripción das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático

Horas Dias Meses Años

Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Exemplo: Diabetes

Horas Dias Meses Años

Otras recomendaciones

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, sepárase 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 ABRIL de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª **SERVANDO NAVEIRO DOMÍNGUEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33215884C** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **17 DE ABRIL DE 2026** a las **09:30** 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.



DECLARANTE (HIJA)

```
IDESPGBH1471958047714Y<<<<
7710171F320124ESP>>>>>>>>>>
NAVEIRO<OTERO>>>>>>>>>>>>>>
```

HUO/A DE / FILIO/A DE ,
SERVANDO / MARIA CARMEN

LUGAR DE NASCIMENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

DOMINGO / DOMINGO
LGAR. BUSTO VILARINO 12
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUPOD / EQUAD
157771L6D1

NACIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 471264

CB8141958
NUM SOPORTE

EMISIÓN / EMISIÓIN
24 01 2022 24 01 2032
VALIDEZ / VALIDEZ

F
ESP

SEXO / SEXO
RAQUEL
NOMBRE / NOME

OTERO
NAVEIRO
APELLIDOS / APELIOS

MARCHMENTO / MACHMTO
27 10 1977
NACIMIENTO / NACHMTO

CB8141958

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 471264

ES

FALLECIDO

<<>>>>IDESPBIQ14781653321584C<<<<
 <<>>>>54047108M2812140ESP<<<<<<<<<
 <<>>>>NAVEIRO<DOMINGUEZ><SERVANDO><<

MANUEL / CLARA

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

C. BUSTO VILARINO 12
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

ESPANA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

BI0344008

APellidos / Apellidos NOME / Nome

NAVEIRO DOMINGUEZ

SERVANDO

SEXO / Sexo

M

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

10 04 1954

VALIDEZ / Validade

BI0144816 14 12 2028

7227936

33215884C

