

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: ~~WUJ~~ JOSÉ MANUEL PARDO FRANCO
SF-306
ST-234

Fecha de fallecimiento

5- MAYO - 2026

Domicilio HOSPITAL LA ROSA CEDA - SANTIAGO

Teléfonos: 616.44.87.87 (ALBERTO) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-D	Medida	1'90
Capilla ardiente	OBRADORIO	Sala Prep. SI Libro SI	838/55/2845
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	HOSPITAL - TANADUO		109
HIERROES			
Prensa	NO		
Radio	NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	3d Recoger 1710m San Cayetano		46
Certificado médico	SI	Registro Civil SANTIAGO	3
Carroza	SI	Personal SI	125/13270
Ayunt.º: Sepultura	BOISACA 2895 - ANEJO		150
Iglesia	CAPILLA COMPLETO		154
Incineración	Urna:		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	NO	Funeral: Don Victor	NO (179284)
Flores	CENTRO 24 ROSAS BUNDAS: TU FAMILIA		95
	(CENICIA CAJA)		
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario
			35'50 75'30

RETRATADURA, RECOGER CENIZAS Y ENTERRAR EN AERPO DE ABATO

00 HERMINDA FRANCO SEIZO

17

~~2 TARJETAS PARKING~~ ~~BOLSA RESTOS~~ → 16'50

FALLECIDO: Nombre JOSÉ MANUEL PARDO FRANCO D.N.I. Nº 33020364T
id. de los padres MANUEL Y HERMINDA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26 - SEPTIEMBRE - 1934
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio AVDA CRUCEIRO DA
CORUÑA, 38-1º DCHA - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 11⁴⁵ horas del día 5 de MAYO de 2026
Domicilio HOSPITAL LA ROSAUEDA - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre FACTURAR A : ALBERTO JOSÉ PARDO SILVA
33265051 T. Domicilio: EL MISTO.
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. LUCÍA SILVA BALUJA (ESPOSA) D.N.I. 33172/253 C
domiciliado en EL MISTO

D/ña. JOSÉ MANUEL PARDO FRANCO ~~L SEÑOR~~
falleció en (Vecino de Cruceiro da Coruña - Sgo) en el día de 5/5/2026 a los 91 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

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

No



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106181542

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Catimbo

D./Dña. **EDUARDO GRANJA ROMERO, fallecido**

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

A CORUÑA

HM ROSALEDA

con el número

co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

7808

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSE MANUEL

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

PARDO

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

FRANCOS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

26

Mes

Mes

09

Año

Año

1934

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

X

Mujer

Muller

☐

Documento
de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

33020364-T

Documento
de identidad:

☐

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

11:45

Día

Día

05

Mes

Mes

05

Año

Año

2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?

Santiago de Compostela

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

☒

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro lugar

Outro 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 inmediata² / Causa inmediata²

(a) **PARADA CARDIORESPIRATORIA**

Horas
Días
Meses
Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) **ENFERMEDAD METASTÁSICA**

Horas
Días
Meses
Años

PULMONAR DE PRIMARIO NO CONOCIDO

Debido a/Debido a

(c)

Horas
Días
Meses
Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

Horas
Días
Meses
Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

INFECCIÓN RESPIRATORIA

Horas
Días
Meses
Años

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

Si/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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
Accidente de tráfico

No/Non

Si/Si

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non

Si/Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

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 Santiago de Chile, a 5 de 5 de 2026
En Copiaco, a 5 de 5 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 45 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

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

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 10 Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 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 defunção: "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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 45 Días Meses Anos

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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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 10 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 5 Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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 **06 de mayo de 2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JOSÉ MANUEL PARDO FRANCOS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33020364T** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **05 DE MAYO DE 2026** a las **11:45** 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.



