

OTROS CONCEPTOS

Centro Rod 2 **PAGADO** de Santiago TV •
Claro: Información e Comunicación Local S.A.
15083477 - admin@santiagotv.cl
A. do Vilar, 63 - Santiago CP 15305
31555129-686962069

FALLECIDO: AMALIA FERREIRO PENEDO

Fecha de fallecimiento 1 DE JUNIO DE 2026

Domicilio H. Clínico

Teléfonos: 626278534 - Miguel E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-O	Medida 1'90 / 1043	730.38	
Capilla ardiente TOURAL	Sala Prep Si Libro	656155 + 2895	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUVV	177	
Carroza traslado HOSPITAL - COMPLEJO		109	
MARTES 16:00h	Prensa No		
Radio No			
Recordatorios fúnebres / tarjetas No			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo 15:30 id. RECOGER A JUAN EN CASA		46	
Certificado médico Si	Registro Civil SANTIAGO	3	
Carroza	Personal	13270	
Ayunt.º: Sepultura			
Iglesia CAPILLA COMPLEJO		154	
Incineración Si	Urna: b2	360	
Presencia Si ☐ NO	Destino	13250	
Cantores NO	Funeral X JUAN V.	60 (13109)	
Flores	CENTRO COLGAR R. ROJAS: TUS HIJAS E HIJO POLITICO •	146	
	CENTRO COLGAR R. BLANCAS: TUS NIETOS •	146	
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	
☐ Rosario			

50'85
50'85
73'50

FALLECIDO: Nombre AMALIA FERREIRO PENEDO D.N.I. Nº 10513630 - P
id. de los padres GERARDO / CORONA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26 DE JULIO DE 1945
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio RUA MARUKA MALLO, Nº3-5ºA
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 15:10 horas del día 1 de JUNIO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. AMALIA FERREIRO PENEDO

VIUDA

falleció en _____ en el día de 1/JUN/26 a los 80 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos BEATRIZ Y MARIA CASTELLANO FERREIRO

Hijos políticos MIGUEL ÁNGEL GARCIA REY

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

JNES, SOFIA, NICO Y ENZO

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

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

DNI 10513630P



APELLIDOS / APELLIDOS
FERREIRO
PENEDO

NOMBRE / NOME
AMALIA

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO
26 07 1945

EMISIÓN / EMISSÃO
02 11 2023

VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

NUM SOPORTE
CG0158778

Amalia

605632

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. MARUXA MALLO 3 P05 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
GERARDO / CORONA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPCG0158778410513630P<<<<<<<
4507264F9901018ESP<<<<<<<<<<<<0
FERREIRO<PENEDO<<AMALIA<<<<<<<<

FALLECIDA

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

DNI 33292835J



APELLIDOS / APELLIDOS
CASTELLANO
FERREIRO

NOMBRE / NOME
MARIA BEATRIZ

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO
20 10 1969

EMISIÓN / EMISSÃO
06 11 2024

VALIDEZ / VALIDEZ
06 11 2034

NUM SOPORTE
CJG190640

Maria Beatriz

641408

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. REPUBLICO DE EL SALVADOR 14 P04 IZQ
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
FLORENCIO / AMALIA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPCJG190640533292835J<<<<<<<
6910206F3411067ESP<<<<<<<<<<<<2
CASTELLANO<FERREIRO<<MARIA<BEA

DECLARANTE (HIJA)


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106187341

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña.
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

A Coruña

Santiago

 con el número
 co número
Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15/15119638

1ª colegiación
1ª colexiación
CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

AMALIA

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

FERREIRO

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

PENEDO

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día

26

Mes

07

Año

1945

Sexo:

Varón

Mujer

X

Data de nacemento

Día

26

Mes

07

Año

1945

Sexo:

Varón

Muller

X

Documento

X

D.N.I.

Número:

105A3630-P

Documento

Pasaporte

Número:

Documento

Pasaporte

Número:

Documento

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Documento

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

15

10

Día

01

Mes

06

Año

2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

15

10

Día

01

Mes

06

Año

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 instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado

Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

SHOCK CARDIOGENICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos

¿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 laboral

No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/Si

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

 Continúa al reverso
 Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 1 de 06 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 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 ☐ ☐ 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 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 defunción, 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 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.

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 defunción. 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: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras recomendacións

- 1.Emplegar 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 **02** de **JUNIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **AMALIA FERREIRO PENEDO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **10513630P** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **01 DE JUNIO DE 2026** a las **15:10** 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.



