OTROS CONCEPTOS

Centro 18 R.B "Personal Clínica Suárez Núñez" Diego.
Centro 18RB PAGADO Web S. 1.100
Centro 40RB Tus hermanos, hermanos políticos y sobrinos. (687173907-María)
Centro 40R: Más sobrinos hijos TPV PAGADO S. 1102

Panteón 12 Rua Central

X	X
X	
X	X
X	X

libre aquí

Panteón Ovidio Duro

si hay libre en esta

945 FALLECIDO: MARIA ELSA FERNANDEZ OUBIÑA Web

SI: 440
ST: 341
SC: 197

Fecha de fallecimiento 28 JUNIO 2026

Domicilio H. CLINICO C/ Concepción Arenal, 2-2º Santiago

Teléfonos: JUAN (690378262 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo O Medida 1'90	996
Capilla ardiente OBRADOIRO Sala Prep. Libro Sí	656 55 789
Gestión funeraria Sí ☐ Tramitación UUVV	177
Carroza traslado X HOSPITAL - TANATORIO	109
Prensa X CORREO MAD 3: LUNES	375
LUNES 20:00	
Radio /	
Recordatorios fúnebres / tarjetas GRABACION LAPIDA "Panteón" →	
Ómnibus acompañamiento —	
Turismo id. Queda del anterior	46
Certificado médico X Sí Registro Civil: X SANTIAGO	3
Carroza Personal	132 70
Ayunt.º: Sepultura BOISACA - Panteón 12 Rua Central → Pincho Martes 30-12h	
Iglesia CAPILLA COMPLEJO	154
Incineración Sí 02:00 30/6/26. Urna:	360 93 40
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino X Rotas Sor mail:	
Cantores X Felisa Funeral X Luis Somoza	X 60'00 (132788)
Flores Centro 39 R.B TUS HERMANOS	178
Centro 30 R.B TUS SOBRINOS	118
X Sudario X Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	35'50 35 80

856

7530

FALLECIDO:

Nombre MARIA ELSA FERNANDEZ OUBIÑA D.N.I. Nº 33185906 B.

id. de los padres Eugenio y Teresa

Naturaleza Cambados Provincia Pontevedra

Día, mes y año de nacimiento 15-4-1947

Profesión Estado SOLTERA Domicilio R/ CONCEPCION ARENAL Nº 2 2º - SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 16:00 horas del día 28 de Julio de 2026

Domicilio H. CLINICO

Cementerio CREMATORIO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

LA SEÑORA

D/ña. Mª ELSA FERNANDEZ OUBIÑA VIUDA DE SANTIAGO

falleció en en el día de a los años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos DAVID, JOSE Mª, JUAN, CARMEN, ~~[illegible]~~ MARUXA Y JOSE BENITO.

Hijos políticos

Y DEMAS FAMILIA

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de CAPILLA COMPLEJO

CASA MORTUORIA: OBRADOIRO.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

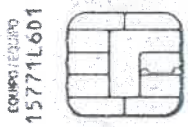
DOMICILIO / DOMICILIO
C. CONCEPCION ARENAL 2Y4 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
CAMBADOS
PONTEVEDRA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
EUGENIO / TERESA

IDESPCEG183125433185906B<<<<<<
4704155F9901018ESP<<<<<<<<<<<2
FERNANDEZ<OUBINA<<MARIA<ELSA<<

FALLECIDA



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CONCEPCION ARENAL 2 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE MARIA DAVID / MARIA JESUS

IDESPCDA114410833263547G<<<<<<
6310150M3208195ESP<<<<<<<<<<<5
SUAREZ<QUINTANILLA<<JUAN<ANTON

SOLICITANTE

OMC § ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA - Sello Original

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de*

106188280

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* BEATRIZ PAIS GONZÁLEZ

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número / *co número* 15151444 34

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* CHUS, SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** MARIA ELSA

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** FERNANDEZ

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** OUBIÑA

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 15 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 1947

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* ☐ — Mujer / *Muller* ■

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- ■ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33185906-B
- ☐ 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* 16:00 — Día / *Día* 28 — Mes / *Mes* 06 — Año / *Ano* 2026

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* ☐ — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* ■ — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* ☐ — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* ☐ — Otro lugar / *Outro lugar* ☐

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

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

		Intervalo de tiempo aproximado[1] / *Intervalo de tempo aproximado[1]*			
I.	**Causa inmediata[2] / *Causa inmediata[2]***				
(a)	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	04 Horas / *Horas*	00 Días / *Días*	00 Meses / *Meses*	00 Años / *Anos*
	Debido a / *Debido a*				
	Causas intermedias[3] / *Causas intermedias[3]*				
(b)	INFARTO CEREBELOSO BILATERAL EXTENSO	06 Horas / *Horas*	02 Días / *Días*	00 Meses / *Meses*	00 Años / *Anos*
	Debido a / *Debido a*				
(c)	INFARTO DE TRONCO CEREBRAL	06 Horas / *Horas*	00 Días / *Días*	00 Meses / *Meses*	00 Años / *Anos*
	Debido a / *Debido a*				
	Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental[4]*				
(d)	ICTUS ISQUÉMICO ARTERIAS VERTEBRALES BILATERALES	00 Horas / *Horas*	08 Días / *Días*	09 Meses / *Meses*	00 Años / *Anos*
II.	**Otros procesos[5] / *Otros procesos[5]***				
	FIBRILACIÓN AURICULAR	00 Horas / *Horas*	03 Días / *Días*	00 Meses / *Meses*	00 Años / *Anos*

¿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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non* ■ — Sí / *Si* ☐

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ■ — Sí / *Si* ☐

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *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 / *En* SANTIAGO DE COMPOSTELA, a / *a* 28 de / *de* Junio de / *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 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

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

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **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 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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

3 *Causas intermedias*

(b) e (c) Estados mórbosos, 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 *Outros procesos:*

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

Outras 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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA ELSA FERNÁNDEZ OUBIÑA con documento identificativo DNI núm. 33185906B según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 28 de junio de 2026, a las 16:00 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incineración al cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a, 29 de junio de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
29/06/2026 13:20	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	EVA BERNARDEZ PEREIRAS	ENCARGADO

RG:Kya7-fJVQ-GHTp-&bNc