

OTROS CONCEPTOS

Repetido **PAGADO** V. SIRS Y
 CENTRO (18 R. B.) : FAMILIA FORNADO CES
 entro 18 R. Amarillos Tu prima Marye y familia

FALLECIDO: **RANONA HENDEZ CAMPOS** ST-86
 Fecha de fallecimiento **27.07.2026**
 Domicilio **HOSPITAL DE CONXO 201**
 Teléfonos: **620 348 323 - BAYÁN** E-mail:
 08. Bastavales
 08. Bastavales

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo X C-1	Medida X 1'90	818'00
Capilla ardiente X Beeta - 3	Sala Prep. X Si Libro X Si	570'00
Gestión funeraria X Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado X H. conxo - T. BENTAMIRANS		
Prensa X Murales		69'00
Radio X PARTES		117'36
Recordatorios fúnebres / tarjetas X		
Ómnibus acompañamiento NO X CORONA		
Turismo id.		
Certificado médico X 31	Registro Civil: STPD.	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	PRUION - (BASTAVALES) X PRUION	125'00
Iglesia SAN JULIAN DE BASTAVALES		
Incineración	Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores X ANA	Funeral: X 1+1 134M	X 140
Flores CORONAR/B: TÚ HIJA		140'00
CORONAR/R: TÚ HERMANO		140'00
CORONAR/B: NIETA Y BISNIETO		140'00

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre RAMONA MÉNDEZ CAMPOS D.N.I. Nº 76456476-Z
id. de los padres JOSE Y MERCEDES
Naturaleza BRION Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 13-08-1944
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio RUA DO FRANCES INO
24- SANTIAGO DE COMPOSTE

Fallecimiento: Fecha: 12:00 horas del día 27-07-2026 de JULIO de 20 26
Domicilio HOSPITAL DE COMPOSTA - SANTIAGO
Cementerio SAN JULIAN DE BASTAUALES Ayunt.º BRION

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. LA SEÑORA
RAMONA MÉNDEZ CAMPOS

UDA ANTONIO FERNÁNDEZ SUÁREZ

falleció en VECINA DE SANTIAGO en el día de 27-07-2026 a los 81 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos MARIA BEGOÑA FERNANDEZ MENDEZ

Hijos políticos NIETA: SARA BEGOÑA BERNÚDEZ FERNÁNDEZ

BISNIETO: ~~CHRISTIAN~~ CHRISTIAN GABRIEL SÁNCHEZ BERNÚDEZ

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos JOSE MANUEL MÉNDEZ CAMPOS

Hermanos políticos SOBRINOS DE CASA: CRISTINA, JOSE ANTONIO

IRIA, MARIA, ALEX E IVÁN

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos DE MAS Sobrinos _____ Primos 81

y demás familia.- Conducción MARTES SEIS TARDE

Funerales _____

en la iglesia de SAN JULIAN BASTAUALES

CASA MORTUORIA: APOSTOL 3

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

76456476Z

DNI 76456476Z

APELLIDOS/APELLIDOS
MENDEZ
CAMPOS

NOMBRE/NOME
RAMONA

SEXO/SEXO NACIONALIDAD/NACIONALIDADE NACIMIENTO/NACIMENTO
F ESP 13 08 1944

EMISIÓN/EMISSION VALIDEZ/VALIDEZ
30 08 2021 01 01 9999

NUM. DOCUMENTO
CAE129982

Ramona Menendez Campos

090112

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
 RUA. FRANCES (DO) 0024
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 A CORUÑA
 EQUIPO / EQUIPO
 15771601
 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
 BRION
 A CORUÑA
 HIJO DE / FILLO DE
 JOSE / MERCEDES
 IDESPCAE129982976456476Z<<<<<<<
 4408132F9901018ESP<<<<<<<<<<<0
 MENDEZ<CAMPOS<<RAMONA<<<<<<<<<

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106127738

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enAlba Catalina Valcárcel Rodríguez
A Coruña
SantiagoColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a151509803
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:

RAMONA

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:

MIENDEZ

2º Apellido del fallecido/a:
2ª Apellido do falecido/a:

CAMPOS

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 13

Mes 08

Año 1944

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

76456476-2

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos

12:00

Día 27

Mes 07

Año 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 ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ Días ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ ☐ ☐ Años ☐ ☐ ☐ ☐Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCION RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ Días ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ ☐ ☐ Años ☐ ☐ ☐ ☐

(c)

Debido a/Debido a

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ Días ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ ☐ ☐ Años ☐ ☐ ☐ ☐Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) POSIBLE OBSTRUCCION VIA BILIAR

Debido a/Debido a

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ Días ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ ☐ ☐ Años ☐ ☐ ☐ ☐II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

DEMENCIA MODERADA

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 Sí/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐Fecha del mismo: Día ☐ ☐ Mes ☐ ☐ Año ☐ ☐ ☐ ☐Fecha del mismo: Día ☐ ☐ Mes ☐ ☐ Año ☐ ☐ ☐ ☐Continúa al reverso
Continúa ao reverso



A

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 **28** de **JULIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **RAMONA MÉNDEZ CAMPOS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **76456476Z** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **27 DE JULIO DE 2026** a las **12:00** 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.



