

OTROS CONCEPTOS

web
INTERO CALGAR (por 1): TODO NUESTRO CARIÑO,
FLORINOS, MISAS Y NIETOS

FALLECIDO: MANUEL GENDRA BUSTELO

Fecha de fallecimiento 29-07-2026

Domicilio LGAR VILANOVA N°4-ANXELER-BRIDA

Teléfonos: 679240288-HIJA ENCARN

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	CA	Medida 1'90
Capilla ardiente	BERTA 2	Sala Prep. ☒ Libro ☒ Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	HOSPITAL CLINICO - TAJAS BERTINIENS	
Prensa	CORDERO N°3 - JUEVES	
Radio	EXTENCIÓN MARCONIS X REPARTO ESCUELAS	
Recordatorios fúnebres	MIETECOLLES + 1 X CENZAS	
Ómnibus acompañamiento	Recordatorios fúnebres / tarjetas	
Turismo	TAXI id LITA	
Certificado médico	31	Registro Civil 8780
Carroza		Personal 8780
Ayunt.º: Sepultura	ANXELER - BRIDA	8780
Iglesia	SANTA MARIA DOS ANXELER	BOLSA
Incineración	NO	Urna: NO
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	FEUSA	Funeral: ATA
Floras	CORDANA 2/2: HIJAS E HIJO PICO	
	CORDANA 2/3: NIETOS Y NIETOS PICO	
	CORDANA 2/4/3: BISNIETOS Y TATARANIETOS	
	ENCINA CAJA	

☐ Sudario ☐ Cubrefunfos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre MANUEL GENDRA BUSTELO D.N.I. Nº 33044465-C
id. de los padres ANTONIO y AURORA
Naturaleza BRION Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 23-10-1932
Profesión _____ Estado VINDO Domicilio LCAR DE VILANOVA
Nº 14 - ANXELES - BRION

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 29 de JULIO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLINICO - STGO
Cementerio SANTA MARIA DOS ANXELES Ayunt.º BRION

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. ENCARNACIÓN GENDRA BARCO (HIJA) D.N.I. 33249855-C
domiciliado en LCAR VILANOVA Nº4 - ANXELES BRION

EL SEÑOR
D/ña. MANUEL GENDRA BUSTELO
VI DO MERCEDES BARCO VILARES
falleció en VECINO DE VILANOVA - ANXELES en el día de 29-07-2026 a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos CARMEN (+), MARIA TERESA y ENCARNACIÓN (UDA DE CARLOS SOTELO),
GENDRA BARCO
Hijos políticos DANÓN VILLAVERDE (+) y JORGE OTERO

Padres NIETOS: MARIA CARMEN, VIKI, LITO, LOLA, DANIEL, ANA y JOSE
Abuelos VILLAVERDE GENDRA, PABLO y VANESSA OTERO GENDRA.
Padres políticos SANDRA, PATRICIA, CARLOS y MARIA SOTELO GENDRA
Hermanos NIETOS POLITICOS

Hermanos políticos SI

TATARANIETOS
Nietos _____ Bisnietos SI Tíos _____ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción JUEVES SEIS y MEDIA
Funerales _____
en la iglesia de SANTA MARIA DOS ANXELES
CASA MORTUORIA: APOSTOL 2
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



53044465-C

NOMBRE / NOME
MANUEL
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
GENDRA
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
BUSTELO

M. Gendron

EXPED. 20-01-2003 VAL. PERMANENTE
IDESP

33044465 - C

NACION	BRION		
NACUEN			
PROVINCIA	A CORUÑA	EL	23-10-1932
PROVINCIA		O	
HUO / A DE	ANTONIO / AURORA		
FALLO / A DE			SR / O V-M
DOMICILIO	C. VILANOVA-OS ANXELES 14		
DOMICILIO			
LOCALIDAD	BRION		
LOCALIDADE			
PROVINCIA	A CORUÑA	EQUIPO	15771L6D1
PROVINCIA		EQUIPO	

IDESP3304465C3<<<<<<<<<<<<
3210237M9912315ESP<<<<<<<<<2
GENDRA<BUSTELO<MANUEL<<<<<<

FALLECIDO



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33249855C

APELLIDOS / APELLIDOS

GENDRA
BARCO

NOMBRE / NOME

ENCARNACION

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	NACIMIENTO / NACIMENTO
F	ESP	07 03 1960

EMISION / EMISION	VALIDEZ / VALIDEZ
02 05 2023	02 05 2033

NUM SOPORTE
CFA100847

Egontra 3

062144

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

LGAR. VILANOVA ANGELES 4
BRION
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO
BRION
A CORUÑA

MOA DE FELDA DE
MANUEL / MERCEDES

IDESPCFA100847133249855C<<<<<
6003070F3305027ESP<<<<<<<<<3
GENDRA<BARCO<<ENCARNACION<<<<<

SOLICITANTE

105470213

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. Marta Ledra González

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en CORUÑAy con ejercicio profesional en Santiago de Compostelacon el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151510670

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MANUEL

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

GENDRA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

BUSTELO

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

33044465-C

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

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

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora : minutos

Día

Mes

Año

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

Santiago de Compostela

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

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) BRONCOASPIRACIÓN

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) CIRROSIS HEPÁTICA

Debido a/Debido a

(c) FIBRILACIÓN AURICULAR

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

EPOC

¿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 Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐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?/Possibilidade 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, a 29 de JULIO 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐
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☐☐☐☐☐
Horas Días Meses Años

(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

debido a ☐☐☐☐☐☐2
Horas Días Meses Años

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

☐☐☐☐☐☐5
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

☐☐☐☐☐☐10
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 dizer, 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 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 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐
Horas 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 Anos

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 Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐☐☐☐☐☐2
Horas Días Meses Anos

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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

☐☐☐☐☐☐10
Horas Días Meses Anos

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐☐☐☐☐☐5
Horas Días Meses Anos

Otras 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.

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L.	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: TANATORIO APÓSTOL BERTAMIRÁNS
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO S.L.
Ubicación del establecimiento: RUA FONTALDEIRO, 7 - BERTAMIRÁNS - AMES

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: DAVID DOMINGUEZ REY	DNI: 33293470 G
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado Nº 12/1700003550/SANP0108	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: MANUEL GENDRA BUSTELO			Nacionalidad: ESPAÑOLA
Dni/NIE/Pasaporte: 33044465C	Sexo: HOMBRE	Edad: 93	Fecha nacimiento: 23-10-1932
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 29 DE JULIO DE 2026, EN HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO			
Causa fallecimiento: NATURAL			
Destino final: CEMENTERIO DE SANTA MARÍA DOS ÁNXELES (BRIÓN)			

Siendo las 09:45 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☐ Conservación transitoria:
- ☐ Refrigeración
- ☐ Congelación
- ☐ Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 29 de julio de 2026

El profesional que realiza la técnica

DAVID DOMÍNGUEZ REY
33293470G
TANATOPRACTOR
12/1700003550/SANP0108

David Domínguez Rey
33293470G

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.
C.I.F. B15657901
Rúa Boisaca, 11
15800 Santiago de Compostela
☎ 21 24 24 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M



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 29 de JULIO de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MANUEL GENDRA BUSTELO** que se identifica con **D.N.I 33044465C** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **29 DE JULIO DE 2026** a las **05:20** 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.



