

OTROS CONCEPTOS

VERO (VER 1/88): TUS AMIGAS DE LA PENAL - (SIN)

VERO (18 R 88): COMPAÑERAS DA COMISION DO 350 efahuo

PAGADO (BARRAS)

entro Ved 1: Con creta de Elvia TPV (S. 1364)

entro 7UP: Nacido e familia TPV (S. 1363)

to 24R: P. 1363, B. 5 B. 1363 10450 efahuo

to 1363: P. 1363, B. 5 B. 1363 10450 efahuo

to 1363: P. 1363, B. 5 B. 1363 10450 efahuo

to 1363: P. 1363, B. 5 B. 1363 10450 efahuo

FALLECIDO: ANELIA ÁNCIRA GÓMEZ FURELOS

Fecha de fallecimiento 18-Agosto-2006

Domicilio H. Conso 228

Teléfonos: 659 06 4216-Sonia(hija) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	1,90
Capilla ardiente	Colo-2	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si		☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Hospital Tanatorio		
Prensa	No X Carro, Mod 3		
Radio	2 Veces (Marta, Mirela)		
Recordatorios fúnebres	tarjetas		
Ómnibus acompañamiento			EXTRACCIÓN NARCÓTICOS
Turismo	id.		
Certificado médico	X Si	Registro Civil:	X 7go
Carroza		Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Colo-Teo		X Parkento
Iglesia	San Juan de Colo		X Rojo
Incineración		Urna:	X Sacristía
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	X Javier.	Funeral:	X 40 (13411)
Flóres	X 40 R. B. "Tu Esposo"		
	X 40 R. B. "Tos hijos e hijos políticos"		
	X 40 R. B. "Tos nietos"		
	(Encima caja)		

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre Amelia Alcira Gomez Furelos D.N.I. Nº 33 185902-F
id. de los padres Isidoro y Olentina
Naturaleza Bois Provincia A. Coluña
Día, mes y año de nacimiento 27 - NOVIEMBRE - 1946
Profesión _____ Estado Casada Domicilio Travesía Bolcaide Nº 9

Fallecimiento: Fecha: 10:15 horas del día 18 de Agosto de 2026
Domicilio H. Conto 228
Cementerio San Juan de Colo Ayunt.º CAJO

Cónyuge: Nombre Manuel Martinez Paz

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

LA SEÑORA

D/ña. Amelia Alcira Gomez Furelos
(Veana de Bolcaide - Teo)

falleció en _____ en el día de 18/8/2026 a los 79 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Manuel Martinez Paz

Hijos ~~Beto~~ Lita, Olga, Sonia, Eva Martinez Gomez, y Braulio Gomez Sando

Hijos políticos Begoña Iglesias, Jose Ramon Gonzalez, Antonio Cebalero (t), Sandra Barrero

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ _____

~~Padres políticos~~ _____

Hermanos No

Hermanos políticos No

Eni, Nerea, Laura, Sabela, Uxia, Alejandra y Noela

~~Eni, Nerea,~~

Nietos _____ Bisnietos No Tios No Sobrinos Si Primos Si

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

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELLIDOS
GOMEZ
FURELOS
NOMBRE / NOME
AMELIA ALCIRA
SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
F **ESP**
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
27 11 1946
NUM. COPIA **VALIDEZ / VALIDEZ**
BJM159712 01 01 9999

Amelia Gomez **33185902F** **232960**

DOMICILIO / DOMICILIO
TSIA. BALCAIDE (DE) 0009
BALCAIDE
TEO
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
ROIS
A CORUÑA
HIJO DE / FILLOA DE
ISIDORO / ORENTINA

15771L6D1

IDESPB JW139712533185902F<<<<<<<
4611277F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<2
GOMEZ<FURELOS<<AMELIA<ALCIRA<<

FALLECIDA

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

33288635E

DNI 33288635E



APELLIDOS / APELLIDOS
MARTINEZ
GOMEZ
NOMBRE / NOME
SONIA
SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE** **NACIMIENTO / NACIMENTO**
F **ESP** **19 04 1971**
EMISION / EMISIÓN **VALIDEZ / VALIDEZ**
15 12 2025 **15 12 2035**
NUM. COPIA
CMC160216

Sonia Martinez **868992**

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. CABOLADRON 4
MESOS
FRADES
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TEO
A CORUÑA
HIJO DE / FILLOA DE
MANUEL / AMELIA ALCIRA

15771L6D1

IDESPCMC160216033288635E<<<<<<<
7104192F3512159ESP<<<<<<<<<<<<<0
MARTINEZ<GOMEZ<<SONIA<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJA)


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

A Coruña

Colegio de

Colegio de

106127466

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. **ITZ CARREN GAYOL FERNANDEZ**
 D. / Dña.
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **A CORUÑA**, con el número
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en **A CORUÑA**, co número
 y con ejercicio profesional en **HOSPITAL PROVINCIAL CORUÑA**
 e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

0837954

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

Nombre del fallecido/a: **ANELIA ALCIRA**
 Nome do falecido/a:
 1º Apellido del fallecido/a: **GOMEZ**
 1er Apellido do falecido/a:
 2º Apellido del fallecido/a: **FURELOS**
 2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento **Día 27 Mes 11 Año 1946**
 Data de nacemento **Día 27 Mes 11 Año 1946**
 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
 Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: **33185902-F**
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción **Hora : minutos 10:15 Día 18 Mes 08 Año 2026**
 Hora e data da defunción **Hora : minutos 10:15 Día 18 Mes 08 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) **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Anos ☐

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) **INSUFICIENCIA CARDIACA**
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Anos ☐

Debido a/Debido a

(c) ☐
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Anos ☐

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) **BRONCOASPIRACION**
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Anos ☐

II. Otros procesos / Outros procesos

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

¿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 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

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: COMPLEJO FUNERARIO APÓSTOL
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.
Ubicación del establecimiento: RÚA BOISACA, 11 – SANTIAGO DE COMPOSTELA

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: JOSÉ MANUEL RODRIGUEZ CASTELAO	DNI: 44813362R
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: AMELIA ALCIRA GÓMEZ FURELOS			Nacionalidad: ESPAÑOLA
Dni/Pasaporte: 33185902F	Sexo: MUJER	Edad: 79	Fecha nacimiento: 27 DE NOVIEMBRE DE 1946
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 18 DE AGOSTO DE 2026 A LAS 10:15 EN HOSPITAL DE CONXO - SANTIAGO			
Causa fallecimiento: BRONCOASPIRACIÓN – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA			
Destino final: CEMENTERIO DE SAN JUAN DE CALO - TEO			

Siendo las 13:30 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 18 de agosto de 2026

El profesional que realiza la técnica

JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO

44813362-R

TANATOPRACTOR

12/16/TR/SAN00140

José Manuel Rodríguez Castelao
44813362R

Sello, nombre y Firma Representante de empresa



**Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.**

CIF: B15657901

Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela

☎ 24 HORAS: 981 500 000

José Domínguez Pérez
33200436M



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 **19** de **AGOSTO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **AMELIA ALCIRA GÓMEZ FURELOS** que se identifica con **D.N.I 33185902F** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **18 DE AGOSTO DE 2026** a las **10:15** 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.



