

OTROS CONCEPTOS

entro FV Tus sobrinos Dolores, **PAGADO** S/OB 30 JUV
Paco Tamiño

ROSA CASTIÑEIRAS NOURE
+ EL 8-7-2024
A LOS 96 AÑOS
D.E.P.

FALLECIDO: ROSA CASTIÑEIRAS NOURE

Fecha de fallecimiento 8 - Julio - 2024

Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI - SAN LAZARO

Teléfonos: 617821121 - HERCEDES

E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 1,90		798.00
Capilla ardiente X CERVANTES	Sala Prep. SI Libro X SI		854 + 54 + 28
Gestión funeraria SI	X Tramitación UUVV		190
Carroza traslado X RESIDENCIA - COMPLETO			110
Prensa SI CORREO N-4 - MARTES			475
Radio X MARTES			111.57
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO			
Ómnibus acompañamiento X S. 1.º UNO	As Vies Ocas Barrios 627.544.356.		225
Turismo X id. en casa 1720 curra			60
Certificado médico X SI	Registro Civil X Santiago		3
Carroza X	Personal		190 225.
Ayunt.º Sepultura X Sepultura	Ap. 4147	Miércoles 16:00	
Iglesia X CAPILLA COMPLEJO			149
Incineración SI	Urna: Básica		345
Presencia X SI	☐ NO	Destino BOISACA 81753	145 130
Cantores X Coro Bella (Sim) POJA	Funeral: X Xim Ventura		X60
Flores X CORONA 50 ROSAS BLANCAS - TUS HERMANOS (5)			
X CORONA 50 ROSAS BLANCAS - TUS SOBRINAS			
X CORONA 50 ROSAS BLANCAS - HERCHI, CONCHI Y HARI			
X CORONA 50 ROSAS BLANCAS - DEBETO, SONGEY RUSHEY CARLO y MARTIN			
X CENTRO 18 ROSAS BLANCAS - TS AHITADA CONCHI			11.

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

~~X~~ ROSA SORCIA

3480
7250

FALLECIDO: Nombre ROSA CASTIÑEIRAS MOURE D.N.I. Nº 33180568-D
id. de los padres LUIS Y TEODORA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 23-SEPTIEMBRE 1927
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio RUA DA CANTEIRA
DE ARRIBA - S. LAZARO N.º 31 - 1º

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 8 de JULIO de 2024
Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI, SAN LAZARO, SANTIAGO
Alda. Fernando Cabal Novoa - 33 -
Cementerio INCINERACION COMPLETO APOSTOL Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Mercedes Otero Castiñeiras (viuda) D.N.I. 33260523D
domiciliado en Rua Canteira de Arriba, 69 - Santiago

D/ña. ROSA CASTIÑEIRAS MOURE (CRECHA)
(VECINA SAN LAZARO)

falleció en _____ en el día de _____ a los 96 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

~~Su esposo/a~~ _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Tanatorio - Mesa - Libro
Arandí - y Correas, Plano
Recardalinos, Escuela Rod y
2 Rediles, 1 Bus, 2 coches
ocean patrullero S. Rediles
Paci. - Urna.

(+), CARMEN (+) CHIRUCA, AYEUNA (+), CHELO,
N CASTIÑEIRAS MOURE

Tíos NO Sobrinos SI Primos SI

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMERIO APELLIDO
CASTINEIRAS
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
MOURE
NOMBRE / NOME
ROSA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
23 09 1927
IDENTIFICACION
ACB161912
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

Rosa Castineiras

DNI NÚM.
33180568D

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIALES / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA
NÚMERO DE / FOLIO DE
LUIS / TEODORA
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA DA CANTEIRA DE ARRIBA S LAZARO 25 PBJ
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIALES / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA

SEGURO / SEGURO
15771L6D1

IDESPACB161912133180568D<<<<<<<
2709237F9901018ESP<<<<<<<<<<<<1
CASTINEIRAS<MOURE<<ROSA<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

APELLIDOS / APELLIDOS
OTERO
CASTINEIRAS
NOMBRE / NOME
MERCEDES
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
28 04 1964
NÚMERO DE IDENTIFICACION
BJF179488
VALIDEZ / VALIDEZ
08 03 2029

[Firma]

622016

DNI: 33260523Q

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CANTEIRA ARRIBA 69
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

NÚMERO DE / FOLIO DE
ALEJO / CONCEPCION

SEGURO / SEGURO
15771L6D1

IDESPB JF179488633260523Q<<<<<<<
6404286F2903080ESP<<<<<<<<<<<<0
OTERO<CASTINEIRAS<<MERCEDES<<<

SOLICITANTE (SOBRINA)

<https://certificados.cgcom.es>

DSRZZ2UFZZ4

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105183628

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A CONJUNTA

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

151508596

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ROSA

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

CASTIDEIRAS

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

MOURÉ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

23

Mes

Mes

09

Año

Año

1922

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

X

Documento
de identidad:

X

D.N.I.

Número:

Número:

33180568-D

Documento
de identidad:

Pasaporte

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

18:09

Día

Día

08

Mes

Mes

07

Año

Año

2024

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

SANDASO DE COMPOSTELA

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c)

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

(d) INFECCION RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas Días Meses Años
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

Data do mesmo: Día

Mes

Mes

Año

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 JANUASO, a 08 de Julio de 2024
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

Dorvalis
Centro Residencial para maiores

QUINTA SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, Lda
27.14.20.015.017
151.150.8556

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐
Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 imediata** 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: "Enfermedad 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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 Años
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐
Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ROSA CASTIÑEIRAS MOURE , con documento identificativo DNI, 33180568D según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 08 DE JULIO DE 2024 a las 18:09 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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

En Santiago de Compostela a 09 DE JULIO DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
09/07/2024 12:04

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:CUTt-WHCq-rxc2-2Pjr

