

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Dolores CASTRO CARBALLAL.
 Fecha de fallecimiento 19 - Diciembre - 2023.
 Domicilio RESIDENCIA S.SINÓN DE OUS CACHEIRAS TEO.
 Teléfonos: 686482728 (CARILLO) E-mail: camilopaxos@gmail.com

209641
 SOLANS
 BUENA MUERTE
 TORREDA LA

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C1</u>	Medida <u>1'90</u>	
Capilla ardiente <u>X CALO - 2</u>	Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>X Si</u>	
Gestión funeraria <u>X Si</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>X RESIDENCIA S.SINÓN - TANAT. CALO.</u>		
Prensa <u>MI:00</u>	<u>CORREO Nº2. SÁBADO.</u> <u>(CAMBIO X 2 OMNIBUS.)</u>	
Radio <u>X 1.ª V.ª VIERNES</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>100</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>		
Turismo id. <u>Sale al funeral</u>		<u>21/30</u>
Certificado médico <u>X Si PAC</u>	Registro Civil: <u>TEO</u>	
Carroza <u>X RJO</u>	Personal <u>CAPILLA</u>	
Ayunt.º: Sepultura <u>X CALO</u>	<u>X ABEL PATRONATO</u>	
Iglesia <u>ORACIONES EN SALA</u>	<u>Derechos patron.</u>	
Incineración	Urna: <u>X Sacristía</u>	<u>60€</u>
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores <u>NO</u>	Funeral: <u>X Zucan</u>	
Flores <u>1 cor. 40 R.B. "Tu FAMILIA"</u>	<u>(Cambio x 1 radio y cantor.)</u>	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

ENTREGAR DNI Y TARJETA SANITARIA A LA FAMILIA.

ACTURA i Prop. 125 1ª Sur.
WUEC CASTRO CARBALLAL + DEC/2019
ENTERRANO IGUAL.

FALLECIDO: Nombre DOLores CASTRO CARBALLAL D.N.I. Nº 33.165.304-V.
id. de los padres MARCELINO / AURORA.
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA.
Día, mes y año de nacimiento 22 - DICIEMBRE - 1942.
Profesión _____ Estado SOCTARA. Domicilio RESIDENCIA SAN
SINÓN DE OUS - CACHIRILAS - TEO . A CORUÑA.
Fecha: 22:50 horas del día 19 de DICIEMBRE de 2024.
Fallecimiento: Domicilio RESIDENCIA SAN SINÓN DE OUS -
Cementerio CALO. Ayunt.º TEO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. DOLores CASTRO CARBALLAL. "LOLA" LA SEÑORA (vecina de Solláns;
CALO - TEO

falleció en _____ en el día de _____ a los 81 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

~~Su esposo/a~~ _____

~~Hijos~~ _____

~~Hijos políticos~~ _____

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ _____

~~Padres políticos~~ _____

Hermanos NO José María Castro HUERGA,

Hermanos políticos NO

~~Nietos~~ _____ ~~Bisnietos~~ _____ ~~Tíos~~ _____ ~~Sobrinos~~ _____ ~~Primos~~ si

y demás familia.- Conducción _____ Primos políticos; si

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

841108221



APELLIDOS / APELIDOS
CASTRO
CARBALLAL
NOMBRE / NOME
DOLORES
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
21 12 1942
NUM. SOPORTE
841108221
VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

bocasta 854336

DNI 33165304V

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SOLLANS CALO 85
TEO
A CORUNA

5288198

EQUIPO / EQUIPO
15771L601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
CALO
TEO
A CORUNA
HIJOS DE / FILLOS DE
MARCELINO / AURORA

IDESPBY198221033165304V<<<<<<<
4212216F9901018ESP<<<<<<<<<<<<2
CASTRO<CARBALLAL<<DOLORES<<<<<<

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33229951B



APELLIDOS / APELIDOS
PAZOS
BALINAS
NOMBRE / NOME
CAMILO
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO
19 06 1957
EMISIÓN / EMISSION
04 02 2023
VALIDEZ / VALIDEZ
04 02 2033
NUM. SOPORTE
CEL180477

[Signature] 719808

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SOLLANS 51
CALO
TEO
A CORUÑA

448219

EQUIPO / EQUIPO
15771L601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJOS DE / FILLOS DE
CAMILO / JOSÉFA

IDESPCEL180477433229951B<<<<<<<
5706190M3302048ESP<<<<<<<<<<<<9
PAZOS<BALINAS<<CAMILO<<<<<<<<<

SOLICITANTE

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105523804

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Dña. R. Quintanilla Molino
D. / Dña. A. CORONA
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en FRANCO DE LEREA SANTIAGO
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en FRANCO DE LEREA SANTIAGO
y con ejercicio profesional en FRANCO DE LEREA SANTIAGO
e con ejercicio profesional en FRANCO DE LEREA SANTIAGO

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a:
1º Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día
Mes
Año
Sexo:
Varón
Mujer
Mulle

Documento
de identidad:
Documento
de identidad:
D.N.I.
D.N.I.
Número:
Número:
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
Día
Mes
Año
Día
Mes
Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?
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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata
(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Causas intermedias / Causas intermedias
(b) DESNUTRICIÓN

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental
(d) CARCINOMA EPIDERMÓIDE

II. Otros procesos / Outros procesos

¿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
Sí/Si
No/Non
Accidente laboral
Accidente laboral
Sí/Si
No/Non

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Año

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?/Posibilidade 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 próteses

En Santiago, a 20 de Diciembre de 2024

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 periodo 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

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 anota 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

- 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.

Instrucciones 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 lógica**, 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 transcurrido 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐
Horas 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, anotarase 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 10
Horas 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

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 5
Horas 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 DOLORES CASTRO CARBALLAL
, con documento identificativo DNI, 33165304V según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 19 DE DICIEMBRE DE 2024
a las 22:50 horas, acaecida en TEO.

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 20 DE DICIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
20/12/2024 10:47

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y
Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:57FF-hqMK-MYAe-RDev

