

OTROS CONCEPTOS

- ~~CE~~ Corona Blanca y Rosa) tus Hermanos y Hnos Políticos } *simple 63 TPV*
 CENTRO 18 R.B. - tus sobrinos • **PAGADO** (981883709)
 Corona: R.B. FAMILIA RIBADAS PENA
 CENTRO (Var. 2): FAMILIA SANCHEZ MANGERO •
 677519295
 CENTRO (Var. 1): FAMILIA LOPEZ •
 981807348 / 644863763
 Corona (HOR): Cintas y suministros y comercial TFN
 Factura: Cintas y suministros SL B15123136
 Via Diesel, n°15 - Pd. Tambre - 15800 STGO
 cintasysuministros@gmail.com
 CENTRO (Var. 1): DOLORES VIEITES Y FAMILIA •
 (pidió chechi)
 CENTRO var 1 "Familia Castro Mosquera de Asanón" **PAGADO** efectivo
 CENTRO 40 rosas "descuadros y sobrinos" **PAGADO** *simple 66 TPV*
 CENTRO 24 rosas "descuadros" **PAGADO** *TPV simple 64*
 CENTRO 18 rosas "familia Portas Garmata" **PAGADO** TPV

FALLECIDO: *web* María Del Carmen Pintor Morazo *SF: 19 ST: 3*
 Fecha de fallecimiento 9-Enero-2025 *D.V.*
 Domicilio H. Conxo 310-Ruaturno-Roxos- *Palma: 014007000470 4358183*
 Teléfonos: 686 48 39 30-Diego(hijo) E-mail: diegocasti@hotmail.com *3-2-2025 + 508-23 cap: 2-28-25 + 508-23*

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1,90	
Capilla ardiente Bertanroni-3	Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si	☒ Tramitación UUVV	
Carroza traslado Hospital-Tanatorio		
Prensa <i>Viernes 16:30</i>	<i>Carro Mod 2</i>	
Radio <i>1 vez (Jueves)</i>	<i>LAPIDA Y GRABACION (fuer + grabacion)</i>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas No		
Ómnibus acompañamiento No		
Turismo 16:15 id. Recoger en Iglesia		
Certificado médico <i>X Si</i>	Registro Civil: <i>X Santiago</i>	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura Villestro	RECOSIDA	
Iglesia Santa Maria de Villestro	<i>X Pinela</i>	
Incineración	Urna: <i>X Campanero</i>	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores Si <i>X Gerardo</i>	Funeral: <i>X Jose Barcia</i>	
Flores <i>X</i>	<i>X 14000 (14000)</i>	
<i>1 Corona R. Rojas "Tus hijos"</i> <i>1 Corona R. Blanca "Tu hija política"</i> <i>1 Centro 18 R. Blancas "Angela, Maria y Lucia"</i> <i>(Encena caja)</i>		
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

FALLECIDO: Nombre Maria Del Carmen Pintos Morano D.N.I. Nº 33206073-F
id. de los padres Arturo y Lourdes
Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 31- Agosto - 1952
Profesión Viuda Estado Rua Muxos 98 Roxos Domicilio Santiago de Compostela.

Fecha: 08:30 horas del día 9 de Enero de 2025
Domicilio H. Conxo - 310

Fallecimiento:

Cementerio Santa Maria de Vilvestro Ayunt.º Santiago de Compostela.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. () D.N.I.
domiciliado en

D/ña. Maria del Carmen Pintos Morano LA SEÑORA
(Viuda de Jaime Castiñeiras Sanchez)

falleció en en el día de 9/1/2025 a los 72 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Diego, y Alba Castiñeiras Pintos

Hijos políticos Laura Perez

Padres

Abuelos

Padres políticos Lourdes (†)

Hermanos Carlos, Arturo, Ana, Puri, Jose Luis y Antonio Pintos Morano.

Hermanos políticos Si

A Angela y Marina Castiñeiras Perez, duca Castiñeiras Bastos

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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105464075

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de LA COMUNA
Colegio de LA COMUNA

Sello

Colegio actual

Nº de colegiación
Nº de colegiación

1ª colegiación
1ª colegiación

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. José Pablo Galea
D./Dña. José Pablo Galea
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en La Comuna
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en La Comuna
y con ejercicio profesional en Santiago de Compostela
e con ejercicio profesional en Santiago de Compostela

CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICADO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MAQUILADEL CARMEN
1º Apellido del fallecido/a: PIMOTOS
2º Apellido del fallecido/a: MOTOS

Fecha de nacimiento 31 Día 31 Mes 08 Año 1952
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33206073-F
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción 08:30 Hora : minutos 08:30 Día 01 Mes 04 Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? S. Compostela
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas da defunción (consultar instrucións na páxina 2) Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

(b) PARADA CARDIORESPIRATORIA Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

(c) PARADA CARDIORESPIRATORIA Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

(d) PARADA CARDIORESPIRATORIA Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

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

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Sí ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? Si/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 ☒ Fecha del mismo: Día Mes Año
Accidente de tráfico Si/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐ Data do mesmo: Día Mes Año

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/ ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

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 Enfermedad, a 9 de enero de 2025

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".

I 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 un 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

II 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 ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

III 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 ☐ 3 ☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ 3 ☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

IV 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 ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 5 ☐ Años

V 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 ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 1 ☐ 0 ☐ 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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda que no cubrimiento 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 lóxica**, 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".

I Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido 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

☐ Horas ☐ 4 ☐ 5 ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

II 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 ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

III 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 ☐ 3 ☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

(c) Pielonefríte crónica

debido a ☐ 3 ☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 3 ☐ Años

IV Causa inicial ou fundamental

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

☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 1 ☐ 0 ☐ Años

V Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐ Horas ☐ 3 ☐ Días ☐ 3 ☐ Meses ☐ 1 ☐ 0 ☐ Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.

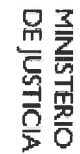
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.

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.

02



registrovil
registri e/ou - registro e/ou - registro e/ou

**MINISTERIO
DE JUSTICIA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA DEL CARMEN PINTOS MOROÑO
, con documento identificativo DNI, 33206073F según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 09 DE ENERO DE 2025
a las 08:30 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 ENERO DE 2025

