

OTROS CONCEPTOS

SF-104
ST-72
SC-43

(WED)

FALLECIDO: HANUEL PINEIRO GULDRIS
Fecha de fallecimiento 6 - FEBRERO - 2025
Domicilio C/ RESTALLAL N° 57-B-2° - STGO
Teléfonos: 696412073 - HANUEL - E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>0</u>	Medida <u>1'90</u>	
Capilla ardiente PRATERIAS	Sala Prep. SI Libro <u>SI</u>	
Gestión funeraria <u>SI</u>	☒ Tramitación UUV	
Carroza traslado DOMICILIO - COMPLETO	<u>CORREO GALEGO N°3</u>	
<u>30 SABADO 12/2</u> Prensa		
Radio <u>NO</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>		
Turismo id. <u>TAXI</u>		
Certificado médico SI	Registro Civil: <u>SANTIAGO</u>	
Carroza <u>—</u>	Personal <u>SI</u>	
Ayunt.º: Sepultura	<u>Cem. LAPAÑO DOMINGO 12 Horas canchales flores</u>	
Iglesia CAPILLA COMPLETO	Urnas: <u>BÁSICA</u>	
Incineración SI		
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores <u>NO</u>	Funera JUAN VENTURA	
CORONA 40 ROSAS ROSAS - TU ESPOSA		
FIORIS CORONA 40 ROSAS BLANCA - TUS HITAS E HITAS FAVORITAS		
CORONA 40 ROSAS BLANCA - TUS NIETAS		
1 CENTRO 18 P.B. (E.C.) TU BISNIETA ANITA		

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

Florilices Hlende

FALLECIDO: Nombre MANUEL PIÑEIRO GULDRIS D.N.I. N° 33019044-Z
id. de los padres MANUEL Y HERHENCIA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUNYA
Día, mes y año de nacimiento 25 - MAYO - 1931
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio C/ RESTOLLAL N° 57-B
2° - STGO

Fallecimiento: Fecha: 22:30 horas del día 6 de FEBRERO de 2025
Domicilio C/ RESTOLLAL N° 57-B - 2° - SANTIAGO
Cementerio INCINERACION Ayunt.° STGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. MANUEL PIÑEIRO SIXTO (HITO) D.N.I. 33214854-W
domiciliado en RUA SAN DOQUE DE LARAÑO 2-A - SANTIAGO

L SEÑOR
D/ña. MANUEL PIÑEIRO GULDRIS " EN GALEGO "

falleció en CASTIÑEIRIÑO - SANTIAGO en el día de 6/2/2025 a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a REMEDIOS SIXTO VARELA
Hijos MANUEL Y Mª DEL CARMEN PIÑEIRO SIXTO

Hijos políticos MA y MANUEL REY FERNÁNDEZ

Padres NO NIETOS: SILVIA, LAURA, BEA Y LUCIA

Abuelos NO NIETO POLITICO: BENJA

Padres políticos NO

Hermanos CARMEN Y ALCIRA (+) ~~VERA GULDRIS~~ y ~~RAMON PIÑEIRO GULDRIS~~
y RAMON (+)

Hermanos políticos SI

Nietos _____ Bisnietos A: ANTIA Tios NO Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMPLEJO

CASA MORTUORIA: SALA PRATERIAS.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

NO

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
PINEIRO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
GULDRIS

NOMBRE / NOME
MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
25 05 1931

IDESP
AEG168379

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

PGM

DNI NÚM.
33019044Z

Manuel Pineiro



FALLECIDO

DONCELLO DONCELLO
LCAR. SAN ROQUE LARAÑO 2A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

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

HUJIA DE / FILLOA DE
MANUEL / REMEDIOS

IDESPBEF114256333214854W<<<<<<<
5406250M2706063ESP<<<<<<<<<<<8
PINEIRO<SIXTO<<MANUEL<<<<<<<<<

SOLICITANTE



Colegio de



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105723323

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

Francisco José María López

A CONSULTA

Unidad de Compensación

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1507899

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:

1er Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

MANUEL

PINEIRO

CULRIS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día 25

Mes

Mes 05

Año

Año 1931

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón X

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

33019044-2

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

22:30

22:30

Día

Día 06

Mes

Mes 02

Año

Año 2025

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

SANTA DE COMPTEN

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

Horas
Días
Meses
Años

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas
Días
Meses
Años

(c)

Horas
Días
Meses
Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) FIBRILACION AURICULAR

Horas
Días
Meses
Años

II. Otros procesos / Outros procesos

Horas
Días
Meses
Años

¿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
Accidente de tráfico

No/Non

Si/Si

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non

Si/Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem 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 prótesis

En Sancti Spiritus, a 06 de Febrero de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

0580843
DR. FRANCISCO JOSÉ GARCÍA

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ 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: "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 transcorrido 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 decir, 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

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: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- 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 MANUEL PIÑEIRO GULDRÍS
, con documento identificativo DNI, 33019044Z según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 06 DE FEBRERO DE 2025
a las 22:30 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 07 DE FEBRERO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
07/02/2025 14:00

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:24ab-s4Sb-AJ9G-Ru6q

