

OTROS CONCEPTOS

Corona 40 R "Tu Señalada María Castro" • 660571639
 IRONA (40 R. 21) • TU SEÑALADA CARNER • 660571639
 FAMILIA
 EURO CARGAR (40 R. 21) • 660571639
 entro 24 cosas cosas: María Castro e Vila gledio

FALLECIDO: María Monín Monín ^{Web}
 Fecha de fallecimiento 26- Marzo-2025
 Domicilio Rua Rocheira 10-A
 Teléfonos: 669786410-Javier (hijo) E-mail:
latifactory@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C-1</u>	Medida <u>1,90</u>	
Capilla ardiente <u>Montoto 3</u>	Sala Prep. <u>Si</u>	Libro <u>Si</u>
Gestión funeraria <u>Si</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>Donatario-Tanatorio</u>		
<u>Soberes</u>	Prensa <u>No</u>	
<u>16</u>	Radio <u>X Ver (Miércoles) y X Ver (Jueves)</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>No</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>No</u>		
Turismo <u>15:30 id. Recoger en la iglesia.</u>		
Certificado médico <u>Si</u>	Registro Civil <u>X Santiago</u>	
Carroza	Personal <u>X Sacristía y Campanero</u>	
Ayunt.º: Sepultura	<u>San Cristóbal do Eixo</u> <u>X Pineiro</u>	
Iglesia		
Incineración	Urna:	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino <u>100249</u>	
Cantores <u>Si</u> <u>X Suso Louro</u>	Funeral: <u>Don Alvaro</u>	<u>X 85</u>
<u>Si</u>	<u>Corona 40 R. Blancas "Tu Esposo"</u>	
<u>Si</u>	<u>Corona 40 R. Blancas "Tus hijos e hijas Policias"</u>	
<u>Si</u>	<u>Centro 18 R. Blancas "Tus nietos"</u>	
	(Encima Cap)	

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

piedad Juan Castro Marta

→ Enterrar aquí (libre)

FALLECIDO: Nombre Maria Munin Munin D.N.I. N° 33165954-T
id. de los padres Jose y Concepcion
Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 13- Noviembre - 1942
Profesión _____ Estado Casado Domicilio Rua Rocheira N 10-A
O Eixo- Santiago
Fecha: 09:30 horas del día 26 de Marzo de 2025
Fallecimiento: Domicilio Rua Rocheira N-10- A - O Eixo- Santiago
Cementerio Parroquial de San Cristobal do Eixo Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

LA SEÑORA

D/ña. Maria Munin Munin
(Vecina de O Eixo- Santiago)

falleció en _____ en el día de 26-3-2025 a los 82 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Juan Castro Maza

Hijos Javier y Jose Luis Castro Munin

Hijos políticos Natalia Rosende y Marina Sanchez

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ _____

~~Padres políticos~~ _____

Hermanos ~~Eugenia (+), Jose (+)~~ Si

Hermanos políticos Si

A Nietos: Antia, Marcos y Xagun

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

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
MUNIN
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
MUNIN
NOMBRE / NOME
MARIA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
13 11 1942
IDESP
APV129236
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999



Maria Munin

DNI NÚM.
33165954T

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
HIJO DE / FILLO DE
JOSE / CONCEPCION
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. ROCHEIRA (DA) 10 A
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
EIXO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAPV129236733165954T<<<<<<
4211138F9901018ESP<<<<<<<<<<<<7
MUNIN<MUNIN<<MARIA<<<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
CASTRO
MUNIN
NOMBRE / NOME
JAVIER
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
09 07 1969
ANUM. SORTEO VALOR. Z / VALOR. Z
BNE109305 12 11. 2030

810496

DNI **33290254P**



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. SAN CRISTOVO EIXO 28
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJO DE / FILLO DE
JUAN / MARIA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPBNE109305233290254P<<<<<<
6907097M3011124ESP<<<<<<<<<<<<3
CASTRO<MUNIN<<JAVIER<<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105526456

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña. Jose M. Castro Paredes
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en At Coruña, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Santiago - 061, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

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

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

Fecha de nacimiento Día 13 Mes 11 Año 1942 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento Día Mes Ano Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33165924-4
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 9 : 30 Día 26 Mes 03 Año 2025
Hora e data da defunción Hora : minutos Día Mes Ano

¿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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) INSUFICIENCIA CORONARIA Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) MIOCARDIOINFARTO Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

¿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 prótesis

En Santiago, a 28 de Marzo 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".

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

- 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defuncção se comece pola **causa imediata** 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".

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA MUNÍN MUNÍN
, con documento identificativo DNI, 33165954T según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 26 DE MARZO DE 2025
a las 09:30 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 27 DE MARZO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
27/03/2025 13:21

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:sGtq-T\$Un-2bC6-CYhE

