

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: ALMERINDA MOTA NODAR (WOD)
Fecha de fallecimiento 15 - MAYO - 2025
Domicilio H. CLÍNICO / RESERVA DE EL SALVADOR
Teléfonos: 652832000 BEATRIZ (Sobrina) E-mail: (dora)

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'9"	61150
Capilla ardiente SALA PRATERIAS	Sala Prep. Si: Libro Si:	640+54+2825
Gestión funeraria Si:	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado HOSPITAL - COMPLETO		107
Prensa X CORREO-3		37500
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo Boreio Id. 15:30 en Casa		1600
Certificado médico AS!	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza Personal		12950
Ayunt.º: Sepultura SEC 1116 (Muro)		15077
Iglesia CALICA COMPLETO		151
Incineración Si: 16:30	Urna: Básica	351-1350
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino: X Dots S. Edo (mif)	
Cantores NO	Funeral: X Juan V.	6000 13644
Flores X CORONA R.B. "Tus hermanas"		143
	"Tus sobrinas"	143
	"Nico, CAROLINA, MARCOS y CARLOS"	80
	(enema c-ji)	
☒ Sudario	☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	2710

Vilagrass Nodre Lopez 24/7/14

inter exes + litica x Cones echanu
collato - catoira @ mundo - r. com

ST: 245
SC: 166
ALMERINDA MOTA NODAR
652832000
15 - MAYO - 2025
H. CLÍNICO / RESERVA DE EL SALVADOR
652832000 BEATRIZ (Sobrina) E-mail: (dora)

FALLECIDO: Nombre ACMERINDA MOTA NOGAR D.N.I. Nº 33147936-2
id. de los padres AMARCO Y MILAGROS
Naturaleza BOQUEIXÓN Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26. MAYO. 1937
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio REPÚBLICA DE EL SALVADOR,
1º - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 14.45 horas del día 15 de MAYO de 20 25
Domicilio H. CLÍNICO
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO FUNERARIO ARIZTEC Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

D/ña. LA SEÑORA
ACMERINDA MOTA NOGAR "MINDUCHA"
(VIUDA DE REPÚBLICA DE EL SALVADOR - SANTIAGO)

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

~~Su~~ esposo/a _____

~~Hijos~~ _____

~~Hijos políticos~~ _____

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ _____

~~Padres políticos~~ (VIUDA DE VICENTE CATIOLA)

Hermanos MANUEL, MARÍA DEL CARMEN Y LOLITA MOTA NOGAR

Hermanos políticos HILDEGARDIA CERQUELA Y JULIO VALERIAS

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ 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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO : PRIMER APELLIDO
NOTA

SEGUNDO APELLIDO : SEGUNDO APELLIDO
NODAR

NOMBRE Y APELLIDO
ALMERINDA

SEXO : SEXO NACIONALIDAD : NACIONALIDAD
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO : DATA DE NACIMIENTO
26 05 1937

IDESP
AIH108351

VALIDO HASTA : VALIDO ATÉ
01 01 9999

MNL

DNI NÚM.
33147936Z





FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA, NUNO EANES DE CERCIO 00032 A P02 C
LALIN
PONTEVEDRA

363891601

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

MODIA DE / FILLO/A DE
VICENTE / MARIA CARMEN

IDESPCEV113037633278361Y<<<<<<<
6805067F3304123ESP<<<<<<<<<<<<<9
CATOIRA<MOTA<<BEATRIZ<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (SOBRINA)

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

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

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



105603587

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Dña. Penela
D. / Dna. Santiago de Compostela
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Chuflo General
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
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
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ALMERCINDA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: NOTA
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: NOOAE
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 26 Mes 05 Año 1937
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33147936-7
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 14:45 Día 15 Mes 05 Año 2025
Hora : minutos 14:45 Día 15 Mes 05 Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO DE COMPOSTELA
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)

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

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

(c) 1
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) LESION EISENOLANTE EN RECTO-SIGMA
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas ☐ 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 15 Mes 05 Año 2025
Data do mesmo: Día 15 Mes 05 Año 2025

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
En

[Firma]

, a
, a

de
de

05

de
de

2025

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]

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 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

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 defunção se comece pela **causa Inmediata** 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: "Enfermedade 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

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 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. 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐

Outras 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 ALMERINDA MOTA NODAR , con documento identificativo DNI, 33147936Z según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 15 DE MAYO DE 2025 a las 14:45 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 16 DE MAYO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
16/05/2025 11:45

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
EN CARGADO



RG:2APJ-tAqk-KxSk-eSP\$

