

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: ISAURA ARRAÑOS MARTÍNEZ

Fecha de fallecimiento 20. MAYO. 2025

Domicilio H. CLÍNICO / COORDINADA DOS MUJERES, 20-2

Teléfonos: 616508409 JAINE E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	<u>C-1</u>	Medida <u>1'9</u>	<u>611'50</u>
Capilla ardiente	<u>SACA TOURAC</u>	la Prep. <u>SI</u> Libro <u>SI</u>	<u>640 154/2825</u>
Gestión funeraria	<u>SI</u>	☐ Tramitación UUV	<u>173</u>
Carroza traslado	<u>HOSPITAL COMPLETO</u>		<u>107</u>
	<u>COLECCION - 3</u>		<u>375</u>
Prensa	<u>SI</u>		
Radio	<u>SI</u>		<u>114'88</u>
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>SI</u>	<u>150</u>	<u>345</u>
Ómnibus acompañamiento	<u>SI</u>	<u>INSCRIPCIÓN?</u>	<u>494</u>
Turismo	<u>1</u>	<u>Id. en San Lorenzo 1940</u>	<u>60</u>
Certificado médico	<u>SI</u>	Registro Civil: <u>Santiago</u>	
Carroza		Personal <u>SI</u>	<u>17350/8675/17150</u>
Ayunt.º: Sepultura	<u>MAYORES</u>	<u>PINEDO</u>	<u>125</u>
Iglesia	<u>Capilla Compleja</u>	<u>SI</u>	<u>151</u>
Incineración		Urna: <u>CAMPANA</u>	<u>25 (10000)</u>
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	<u>60 (103999)</u>
Cantores	<u>JAVIER</u>	Funeral: <u>J. VENTURA</u>	<u>158</u>
Flóres	<u>COLECCION R. R. GOR</u>	<u>"TO HIEDO"</u>	
			<u>27'40 7350</u>
			<u>27'40</u>

THE GUERRA...
699 926 711
MAYO - 2024
CUBRE FÚNEBRES
CUBRE FÚNEBRES

FALLECIDO: Nombre ISAURA ABRALDES MARTÍNEZ D.N.I. Nº 33019568-D
id. de los padres
Naturaleza Provincia
Día, mes y año de nacimiento
Profesión Estado VIUDA Domicilio CALLE DOÑA ROSA MUÑOZ, 20
2. SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 20:31 horas del día 20 de MAYO de 2025
Domicilio H. CLÍNICO
Cementerio MARROFOS Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

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

LA SEÑORA

D/ña. ISAURA ABRALDES MARTÍNEZ
(VIUDA DE MARCELIANO SEGOVIA ROJAS) (VECINA DE CALLE DOÑA ROSA MUÑOZ - STGO)

falleció en en el día de a los 92 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos JAI ME SEGOVIA ABRALDES

Hijos políticos NO

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos NO

Hermanos políticos SI

Nietos NO Bisnietos Tíos Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUO

(SI / NO) SE RE

Nota: Si hay servicio de ómnibus.

MGB

BARREIRO X

Pinelo

CHECHI

DAVID

SUSO

FERNANDO

HORA ENTIERRO: 20.0
HORA SALIDA: 19.45

CAPILLA (TOU) - MARROZ

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLID
ABRALDES
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLID
MARTINEZ
NOMBRE / NOME
ISaura
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
09 05 1933
DNI
AIS112738
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

BMS

Isaura Abrales

DNI NÚM
330195680



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVINCIA
A CORUÑA
NOMBRE DE LA FAMILIA
MARIA
CALLE / CALLE
C. CORREDERA DE LOS MOLINOS 20 P02
LUGAR DE RESIDENCIA / LUGAR DE RESIDENCIA
SANTIAGO DE COMPOSTELA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
15771L6D1

IDESPAIS112738033019568D<<<<<<<
3305094F9901018ESP<<<<<<<<<<<<2
ABRALDES<MARTINEZ<<ISAURA<<<<<<

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APPELLID / APELLID
SEOANE
ABRALDES
NOMBRE / NOME
JAIME
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
20 09 1954
DNI NÚM
BBL146144 10 05 2026

Jaime Seoane

060288

DNI 33235005M



SEÑAL / SEÑAL
CARDA. NÚMROS (DOS) 0020 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
NOMBRE DE LA FAMILIA
MARCELINO / MARIA ISaura
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
15771L6D1

IDESPBL146144933235005M<<<<<<<
5409295M2605100ESP<<<<<<<<<<<<3
SEOANE<ABRALDES<<JAIME<<<<<<<<



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105612815

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. CARMEN SANDRA LOPEZ SOROS
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA CORUÑA, con el número
en Medicina y Cirugía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

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

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: CARMEN SANDRA LOPEZ SOROS
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: ABALDES
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: RAQUIN
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 09 Mes 05 Año 1933
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33019567-0
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 20:31 Día 20 Mes 05 Año 2025
Hora : minutos 20:31 Día 20 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)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) SHOCK SEPTICO
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) PIELONEFRITIS
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) PIELONEFRITIS
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/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?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 SAUSAP, a 20 de MAYO 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 defunção 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 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 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 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ 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 ISAURA ABRALDES MARTÍNEZ, con documento identificativo DNI, 33019568D según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 20 DE MAYO DE 2025 a las 20:31 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 21 DE MAYO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
21/05/2025 13:42

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:cV&x-cqmQ-rPUV-3hGW

