

OTROS CONCEPTOS

UTRO H-1-BANCO - FAMILIA BARRAN •
 Casa 40RB: Partido Papal Ramirez A Cartera •
 81223742 - 636738673 - Clara (cuando tengan a pagar den de iss factura)
 Centro 18RB: Tuve cuando Isabel y Esteban 3386,
 xda y Miguel • **PAGADO** S. 12. 707
 Centro 18RB: Familia Cadesa Ventes **deh. recer.** •
 Centro Med 1. Partido Papal de Aca. **web** •
 Centro Med 1. Ramon Patricia Ramon **EMPLI 705** **PAGADO** **TRV** •
 Casa 40RB: Casa Tabacada 29 mañita con fr. **TRV** •
 Casa 40RB: PP de Taro **PAGADO** •
 actura: Casa Tabacada S.C. (Cf.)
 IF: 370413497 / contacto@casatabacado.com
 Soleta, 4 Taro - 15823
 Centro 18RB: Familia Rdguez Tenreiro S. 12 **PAGADO** **web** **S. 712** •
 in fvi: A Barrola

FALLECIDO: ISOLINA OTERO GARCIA

Fecha de fallecimiento 27 - MAYO - 2025

Domicilio RUA TRAVESA N. 21 - HARANTES

Teléfonos: 639729247. EVARISTO (HIJO) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	190
Capilla ardiente	PRATERIAS	Sala Prep. Si Libro Si	875+55+2870
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	19475
Carroza traslado	X DOMICILIO - COMPLETO		11270
Prensa	X CORREO GALLEGO N. 5		745
Radio	X ESQUELA GRACIAS H. 3 (JUEVES)		18750
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X RADIO		11488
Ómnibus acompañamiento	NO		483
Turismo	id. Viend. en un Orden "D. fono", Salid. al Teniente		—
Certificado médico	X Si	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal		1941117+230
Ayunt.º: Sepultura	HARANTES - SANTIAGO		169
Iglesia	SAN VICENTE DE HARANTES		112
Incineración	Urna: X PINELO		—
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino: X CAMPANA + 60000	11200
Cantores	X Si - RAQUEL FREMOEDOT	Funeral: X D. JAVIER	—
Flores	LEORONA 40 R.B. - TUS HITAS E HIA PAUTICA		164
	CENTRO COLGAR 40 R.B. - TUS NIETOS		164
	2 ROSAS BLANCAS		—
	ESQUELAS HURALES RUA TRAVESA + IGLESIA		3569
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			7533

ST: 262
 WEB
 LUCIA
 294245457
 294245457
 294245457
 294245457

FALLECIDO: Nombre ISOLINA OTERO GARCIA D.N.I. Nº 33169134-Y
id. de los padres EVARISTO Y DOLORES
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 1- ENERO - 1948
Profesión Estado VIUDA Domicilio RUA TRAVESA N° 21
MARANTES - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 14:10 horas del día 27 de MAYO de 20 25
Domicilio RUA TRAVESA N° 21 - MARANTES - SANTIAGO
Cementerio SAN VICENTE DE MARANTES Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. EVARISTO BEN OTERO (HITO) D.N.I. 33274129-Y
domiciliado en RUA DE SANTIAGO DO CAGEN N° 10 - SANTIAGO DE COMPOSTELA

LA SEÑORA

D/ña. ISOLINA OTERO GARCIA (PATATAS EVARISTO)
VECINA DE MARANTES (VDA. MANUEL BEN MIGUEL)
falleció en en el día de 27/5/2025 a los 77 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos MARIA DOLORES (LOLI) Y EVARISTO BEN OTERO

Hijos políticos CARMEN RODRIGUEZ-TENDEIRO SANCHEZ

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos NO

Hermanos políticos SI

Nietos CARMEN Y FERNANDO MANUEL Bisnietos NO Tíos NO Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de SAN VICENTE DE MARANTES

CASA MORTUORIA: SALA PRATERIAS

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



FALLECIDA





Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105613392

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.

FERNANDO MAYO FERREIRO, DOCTOR

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A CORUÑA

, con el número
co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151507673

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ISOLINA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

OTERO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

GARCIA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 01

Mes 01

Año 1948

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.
D.N.I.

Número:

33169134-Y

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos 14:10

Día 24

Mes 05

Año 2025

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular
Domicilio particular☒ Centro hospitalario
Centro hospitalario☐ Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria☐ Lugar de trabajo
Lugar de traballo☐ Otro lugar
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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) DIABETES MELLITUS 2 HIPERTENS.

Horas Días Meses Años

OM ARTERIAL DISLIPEMIA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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 Mes Año
Data do mesmo: Día Mes AnoContinúa 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 27 de MAYO de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

D. E. MAYO FERREIRO
COLEGIADO Nº 7623
LA CORUÑA

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 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.

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, 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 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: Diabetes

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 ISOLINA OTERO GARCÍA
, con documento identificativo DNI, 33169134Y según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 27 DE MAYO DE 2025
a las 14:10 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 28 DE MAYO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
28/05/2025 10:40

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:gvX6-tpNG-aJWt-rB4R

