

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: MARÍA LUISA GARCÍA PASÍN
Fecha de fallecimiento 27 DE MAYO DE 2025
Domicilio RÚA AGRO DO MEDIO, Nº14 - 3º C - MIQUADÓIRO
Teléfonos: 655497575-ADELA E-mail:
(Handwritten notes: NO WUW, ST: 263, CC: 184, D.K.V. 4310, 014-308-3199 (P.R.M.), 014-308-3199)

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-O	Medida	1017'96
Capilla ardiente	<u>TOURAL</u>	Sala Prep <u>X Si</u> Libro <u>No</u>	640/54
Gestión funeraria	<u>Si</u>	☐ Tramitación UUVV	113
Carroza traslado	<u>DOMICILIO - COMPLEJO</u>		107
<u>VIÉRCOLES</u> <u>20:00</u> Prensa			
Radio			
Recordatorios fúnebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id.		
Certificado médico	<u>X Si</u>	Registro Civil: <u>AMES</u>	3
Carroza		Personal	129'50
Ayunt.º: Sepultura	<u>CUSTODIA FAMILIAR</u>		
Iglesia	<u>No</u>		
Incineración	<u>MIÉRCOLES 20:00h</u>	Urna: <u>Bio</u>	351/11930
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Funeral:		
Flores	<u>RAMILLETE FLORES SILVESTRES: SIN CINTA</u>		7500
<u>Id</u>			
<u>49'60</u> <u>73'50</u>			

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre MARÍA LUISA GARCÍA PASÍN D.N.I. Nº 33181457-R
id. de los padres JOSÉ / CELIA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26 DE MAYO DE 1947
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio RUA AGRO DO MEDIO, Nº14-3º C
MILLADOIRO (AMES)

Fallecimiento: Fecha: 20:50 horas del día 27 de MAYO de 2025
Domicilio C/AGRO DO MEDIO, Nº14-3º C - MILLADOIRO - AMES
Cementerio CREMATARIO COMPLEXO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. ADELA REGO BERMÚDEZ (_____) D.N.I. 76556367-Q
domiciliado en RUA AGRO DO MEDIO, Nº14-3º C - MILLADOIRO - AMES

L SEÑOR

D/ña. _____

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

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____

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

633503868
DKV
Paco
(4.310€)

014-300-3109



https://certificados.cgcom.es

SFASWWMZDN

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

104935937

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.

JESUS GURTIAU Cortezoso licenciado

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

LA CORUÑA

, con el número
, co númeroy con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

SANTAGO DE COMPOSTELA

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

153604984

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

MARIA LUISA

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

SANCIA

2º Apellido del fallecido/a:

PASIN

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 26

Mes 05

Año 1947

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento

☒ D.N.I.

Número:

33181457-R

Documento

☐ Pasaporte

Número:

Documento

☐ Pasaporte

Número:

Documento

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Documento

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

20:50

Día 27

Mes 05

Año 2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

20:50

Día 27

Mes 05

Año 2025

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

DUES

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CARDIOPATÍA DE PULMON

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿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 de tráfico Si/SiAccidente laboral No/Non
Accidente laboral Si/SiFecha del mismo: Día
Data do mesmo: Día

Mes Mes

Año 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 27 de mayo de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma manuscrita]

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

II

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

II

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 LUISA GARCÍA PASÍN , con documento identificativo DNI, 33181457R según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 27 DE MAYO DE 2025 a las 20:50 horas, acaecida en AMES.

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:RszF-cwzZ-x&W&-83\$t

