

OTROS CONCEPTOS

Centro 18 de **PAGADO** (SMP. 744) BZUM
Centro de Salud de Tantiñas Clara
607390759

una Sobrinos Blanca **PAGADO** (SMP. 746) BZUM
redes 666 07 9352
RONA 40 ROSAS: **PAGADO** (SMP. 747) BZUM
RONA 40 ROSAS: **PAGADO** (SMP. 748) BZUM
RONA 40 ROSAS: **PAGADO** (SMP. 749) BZUM

XF-384
ST-75

WGO

FALLECIDO: **MARIA MANUELA CAJADE GARCIA**
Fecha de fallecimiento: **6 - JUNIO - 2025**
Domicilio: **H CLINICO - SANTIAGO (Villasto - Santiago)**

Teléfonos: **666.145498 (Paco)** E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Redonde c-1	Medida 190
Capilla ardiente	BERTHARINS, 3	Sala Prep. SI Libro X SI
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUW
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO	
Prensa	NO.	
Radio	X 1 vez viernes	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO.	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo id.	Recegel 16:16 en domicilio	
Certificado médico	SI	Registro Civil: SANTIAGO
Carroza	SI	Personal SI
Ayunt.º: Sepultura	SI	
Iglesia	SANTA MARIA DE VILVESTRO	
Incineración	X AMPANERO	Urna:
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	X MIGUEL	Funeral: X DON JUAN VENTURA
Flores	X CORONA ROSAS ROJAS: TU ESPASO	
	X CORONA ROSAS ROJAS: TUS HIJOS E HIJAS ROJAS	
	X CENTRO PANDAO: LUCIA E IVAN	
	X CENTRO BLANCO (ENOM CAJA): MARTIN Y MATEO	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre MARÍA MANUELA CAJADE GARCÍA D.N.I. Nº 33211903 H
id. de los padres JOSÉ Y MARÍA DOLORES
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 17. MAYO - 1938
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio REBORIDO 5 - VILLESTRO
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 6^{HO} horas del día 6 de JUNIO de 2025
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO

Cementerio SANTA MARÍA DE VILLESTRO Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: Nombre JOSÉ MANSILLA OTERO

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. JOSÉ MANSILLA OTERO (ESPOSO) D.N.I. 33176010 M
domiciliado en EL MISMO

D/ña. ~~MARÍA~~ L SEÑOR DIVINA CAJADE GARCÍA

falleció en (Vecino de Reborido - Vilvestro - Sgo.) en el día de 6/6/2025 a los 87 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a JOSÉ MANSILLA OTERO
Hijos MANUEL Y ROCÍO MANSILLA CAJADE

Hijos políticos CONCEPCIÓN OGEROS Y JOSÉ MANUEL MENDER

Padres NIETOS: LUCA, IVÁN, MARTÍN Y MATEO;

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos HERMOSINDA (AUSENTE), MERCEDES (AUSENTE), DELFINA,
ANDRÉS Y MANUELA CAJADE GARCÍA;

Hermanos políticos SI

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción SÁBADO DÍA 7 A LAS 16:30 HORAS

Funerales A CONTINUACIÓN

en la iglesia de SANTA MARÍA DE VILLESTRO - SANTIAGO

CASA MORTUORIA: TANATORIO APÓSTOL BERTAMIRANS, SALA 3.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO SI RECIBEN DUELO.

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

NO

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELLIDO
CAJADE

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
GARCIA

NOMBRE / NOME
MARIA MANUELA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
17 05 1938

IDESP
ABX139005

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

EGM

DNI NÚM.
33211903H

Maria Manuela Garcia



ENDEREÇO DE NASCIMENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 PROVINCIA-PAIS / PROVINCIA-PAIS
 A CORUÑA
 MÃE / FILHO DE
 JOSE / MARIA DOLORES
 ENDEREÇO / DOMICILIO
 LGAR. REBORIDO VILLESTRO 5
 LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA PAÍS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPABX139005633211903H<<<<<
3805170F9901018ESP<<<<<<<<<<9
CAJADE<GARCIA<<MARIA<MANUELA<<

FALLECIDA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
MANSILLA

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
OTERO

NOMBRE / NOME
JOSE

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
07 11 1936

IDESP
AKX112080

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

MTJ

DNI NÚM.
33176010M

(Handwritten signature: M)

(Portrait of Jose Mansilla Otero)

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES
 PROVINCIA PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
 EDAD / EDAD DE
MARCELINO / PURA CONCEPCION
 DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. REBORIDO 5.
 LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
VILLESTROL
SANTIAGO DE COMPOSTELA
 PROVINCIA PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAKX112080933176010M<<<<<<
3611074M9901018ESP<<<<<<<<<5
MANSILLA<OTERO<<JOSE<<<<<<<<<<

DECLARANTE

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña. **MARIA FORJAN SANTOS**

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **A CORUÑA**, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en **SANTIAGO**, co número

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151511277

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: **MARIA MANUELA**

1º Apellido del fallecido/a: **CASADE**

2º Apellido del fallecido/a: **GARCIA**

Fecha de nacimiento: Día **17** Mes **05** Año **1938**

Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: **33211903-H**

Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número: **33211903-H**

Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: **33211903-H**

Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número: **33211903-H**

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos **06:40** Día **06** Mes **06** Año **2025**

Hora e data da defunción: Hora : minutos **06:40** Día **06** Mes **06** Año **2025**

¿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 da defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado / Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) **ICTUS HEHORRAGICO**

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) **ANCIANO FRÁGIL**

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(c) **HIPERTENSION ARTERIAL**

Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos

(d) **HIPERTENSION ARTERIAL**

Debido a/Debido a

¿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 **06** Mes **06** Año **2025**

Data do mesmo: Día **06** Mes **06** Año **2025**

¿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 06 de JUNIO 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ ☐ ☐

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 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 Defunção.

Causa básica de defunção: "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 transcorrido 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.

Exemplo:

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. 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 MANUELA CAJADE GARCÍA , con documento identificativo DNI, 33211903H según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 06 DE JUNIO DE 2025 a las 06:40 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 06 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
06/06/2025 11:30

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:yZaN-N23D-zDzv-mgzF

