OTROS CONCEPTOS

...tro 18 ...ssa bl. Flavia José no te olvida • web PAGADO S.MPL 920

...tro 18 R.R. Andrea, Carlos, Ernesto y Federico (2r)

...tro 18 R.B. Con Cariño Jucín y Manuel TPV • S.921

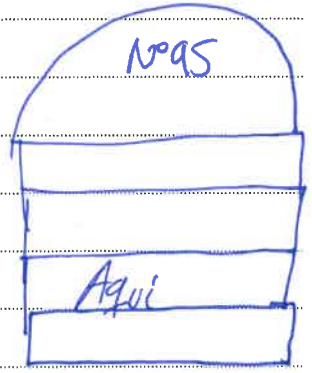
...tro FV. Familia Suárez Sacoto efect. PAGADO

...tro 24 R. Amarillo Manuel, Milagros y Raquel efect. PAGADO

...tro FV 2 Magdalena PAGADO S.923

...tro FV 2 Familia Gisirey TPV PAGADO S.922

...tro PAGADO Paqui Bello web • S.MPL 924



1er Mesa -

SF.477
ST-343

FALLECIDO: María Carmen López Salgado (web)

Fecha de fallecimiento 15-Julio-2025

Domicilio Ria dos Irmandiños, 7-1ºD-Santiago

Teléfonos: 658 405067 Suso-Esposo E-mail: silviafernandez@edu.xunta.gal

618828371

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo Padova Medida 190	1300 —
Capilla ardiente Complejo Cervantes Sala Prep. si Libro ☒ si	
Gestión funeraria si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado ☒ Domicilio al Complejo — ☒ Cosreo, 2 (Jueves)	
Miércoles 19:30 Prensa	
Radio NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	
Ómnibus acompañamiento NO	
Turismo NO id. SALE AL TANATORIO	
Certificado médico ☒ ~~Vite Dtor Barcelo~~ PAC Registro Civil: ☒ Stgo	
Carroza si (2) Personal si	
Ayunt.º: Sepultura Nuevo Negreira (San Julián) ☒ Pedro	
Iglesia Capilla Complejo	
Incineración Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores NO Funeral: ☒ Juan Testoi	110€ efectivo
Flores (Colgar RBI: Tu esposo e hija • Cesti)	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre MARIA CARMEN LÓPEZ SALGADO D.N.I. Nº 33250639-E

id. de los padres PEGERTO Y AURORA

Naturaleza VILAMARIN Provincia OURENSE

Día, mes y año de nacimiento 18-JUNIO-1937

Profesión Estado Casada Domicilio Rua dos Irmandiños, 7, 1º D - Santiago de C. -

Fallecimiento:

Fecha: 23:40 horas del día 15 de Julio de 2025

Domicilio Su domicilio

Cementerio Nuevo de Negreira Ayunt.º Negreira -

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA 1 Tomo ; Página

DECLARANTE D. Jesús Fernández Suárez (Esposo) D.N.I. 33184845-P

domiciliado en (el mismo)

L SEÑOR

D/ña. María del Carmen López Salgado (Vecina de Rua dos Irmandiños 7 1º D)

falleció en en el día de 15/7/25 a los 88 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Jesús Fernández Suárez

Hijos

Silvia Fernández López

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos si

Hermanos políticos si

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de Capilla Complejo

CASA MORTUORIA: Prateiras

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

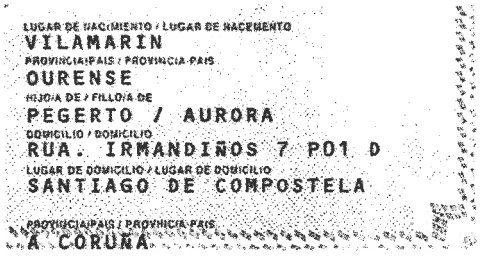
Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
LOPEZ
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
SALGADO
NOMBRE / NOME
MARIA CARMEN
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
18 06 1937
IDESP
ADC188241
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33250639E



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
VILAMARIN
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
OURENSE
HIJO/A DE / FILLO/A DE
PEGERTO / AURORA
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. IRMANDIÑOS 7 P01 D
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPADC188241733250639E<<<<<<
3706185F9901018ESP<<<<<<<<<<<5
LOPEZ<SALGADO<<MARIA<CARMEN<<<

FALLECIDA

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33184845P

DNI 33184845P
APELLIDOS / APELIDOS
FERNANDEZ
SUAREZ
NOMBRE / NOME
JESUS
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACEMENTO
M ESP 19 10 1939
EMISIÓN / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
24 11 2022 01 01 9999
NUM SOPORTE
CDV194794

208448

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. IRMANDIÑOS 7 P01 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
NEGREIRA
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / CARMEN

IDESPCDV194794233184845P<<<<<<
3910191M9901018ESP<<<<<<<<<<<7
FERNANDEZ<SUAREZ<<JESUS<<<<<<<

SOLICITANTE (ESPOSO)

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — Sello/*Carimbo* — Nº Certificado/*Nº certificado*: 105518790

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. / *D. / Dna.* PAULA CABANAS POSSA
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA) con el número / *co número* 15151209 0
y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* PAC SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** MARIA CARMEN
1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** LOPEZ
2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** SALGADO

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 18 — Mes / *Mes* 06 — Año / *Ano* 1937 — **Sexo:** / ***Sexo:*** Varón / *Varón* ☐ Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33250639-E
☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos* 23:40 — Día / *Día* 15 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 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* ☐

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]
(a) FALLO MULTIORGÁNICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]
(b) CARCINOMA BRONCOGÉNICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]
(d) METÁSTASIS PULMONAR Y HEPÁTICA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5] — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐
Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐
Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 de Compostela, a 15 de Julio de 2025
En a de de

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: 4 5 Meses: ☐☐ Años: ☐☐

I

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 — Horas: 3 ☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: ☐☐

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 — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: ☐ 2

debido a ↓

(c) Pielonefritis crónica — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: ☐ 2

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

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: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: 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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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 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 transcorrido 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 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: ☐☐ Días: 4 5 Meses: ☐☐ Anos: ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — Horas: 3 ☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: ☐☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: ☐ 2

debido a ↓

(c) Pielonefrite crónica — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: ☐ 2

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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: 1 0

II

5 Outros procesos:

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Exemplo: Diabete — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: ☐ 5

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

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA CARMEN LÓPEZ SALGADO , con documento identificativo DNI, 33250639E según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 15 DE JULIO DE 2025 a las 23:40 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 16 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
16/07/2025 11:15	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:P9Ms-AQZ9-&kwB-mMzq