

OTROS CONCEPTOS

como 40R. Tus cuñados Fernando Hueso, 637301383
 into 18 rosas bl. ~~CECILIA~~ Un beso muy grande. web
 anga Banaul Jose Flavio Gollin

FALLECIDO: MARÍA DEL CARMEN PILAR ARROYO SAMPABLO

Fecha de fallecimiento 3 DE JULIO DE 2025

Domicilio H. CONCHO / CEPEDA, Nº4 - OZA - TEO

Teléfonos: 69996603 - (vis. hijo) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C-1</u>	Medida <u>1'90</u>	
Capilla ardiente <u>MONTEIRO, 3</u>	Sala Prep <u>X Si</u> Libro <u>X Si</u>	
Gestión funeraria <u>Si</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>HOSPITAL - COMPLEJO</u>		
Prensa <u>X CARRO/2</u>		
Radio <u>NO</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo <u>11:15</u> id. <u>RECoger en IGLESIA LOS TILOS A D. RICARDO</u>		
Certificado médico <u>X Si</u>	Registro Civil <u>X SANTIAGO</u>	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia <u>SAN FRANCISCO DE ASIS - LOS TILOS</u>		
Incineración <u>SÁBADO 13:00h</u>	Urna:	
Presencia ☒ SI ☐ NO	Destino	
Cantores <u>NO</u>	Funeral: <u>X D. RICARDO (FAMILIA)</u>	
Flóres	<u>CENTRO 24 ROSAS BLANCAS: TC FAMILIA</u>	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre MARÍA DEL CARMEN PILAR ARROYO SAMPABLO D.N.I. Nº 01382218 -X
id. de los padres FELIX / ADORACIÓN
Naturaleza MADRID Provincia MADRID
Día, mes y año de nacimiento 12 - 10 - 1950
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio CEPEDA, Nº4 - OZA - TEO
(GERIÁTRICO VICTORIA)

Fallecimiento: Fecha: 20:30 horas del día 3 de JULIO de 2025
Domicilio HOSPITAL DE CONXO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre ANGEL LUIS HUESO MONTON

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. ÁNGEL LUIS HUESO MONTON (ESPOSO) D.N.I. 51432298-C
domiciliado en CEPEDA, 4 - OZA - TEO

L SEÑOR
D/ña. CARMEN PILAR ARROYO SAMPABLO

falleció en _____ en el día de 3/7/2025 a los X años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a ÁNGEL LUIS HUESO MONTON
Hijos LUIS EDUARDO Y ALEJANDRO HUESO ARROYO

Hijos políticos FRANCESCA TINTI Y KASIA ZIELINSKAA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos Si

EMMA, SOFIA Y DANIEL

Nietos ↑ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

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

ES  **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD 

01382218X



DNI 01382218X

APELLIDOS / APELLIDOS
ARROYO
SAMPABLO

NOMBRE / NOME
MARIA DEL CARMEN PILAR

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

NACIMIENTO / NACIMIENTO
12 10 1950

EMISION / EMISSION VALIDEZ / VALIDEZ
15 05 2024 01 01 9999

NUM SOPORTE
CHU174561

586944

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CONCEPCION ARENAL-MONTOUTO 31
OS TILOS
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
MADRID
MADRID

FECHA DE FOLIO DE
FELIX / ADORACION



1577160V

IDESPCHU174561101382218X<<<<<<<
5010121F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<6
ARROYO<SAMPABLO<<MARIA<DEL<CAR

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

BI0144978



APELLIDOS / APELLIDOS
HUESO
MONTON

NOMBRE / NOME
ANGEL LUIS

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
23 05 1945

NUM SOPORTE VALIDEZ / VALIDEZ
BI0144978 01 01 9999

A. L. Hueso 100736

DNI 51432298C

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CONCEPCION ARENAL 31
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
MADRID
MADRID

FECHA DE FOLIO DE
JOSE MARIA / MARIA ANGELES



15771601

IDESPBIQ144978251432298C<<<<<<<
4505282M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<4
HUESO<MONTON<<ANGEL<LUIS<<<<<<<


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105623824

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. **PAULA CARALAZANA LÓPEZ**

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

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

151514272

1ª colegiación
1ª colexiación**CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de**

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA DEL CARMEN PILAR

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

ARROYO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

SANPABLO

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día **12**Mes **10**Año **1950**

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
D.N.I.

Número:

01382218-XDocumento
de identidad:☐ Pasaporte
Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

20:30Día **03**Mes **03**Año **2025**

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

Santiago de CompostelaDomicilio 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 aproximado¹**I. Causa inmediata² / Causa inmediata²**(a) **FALLO MULTIORGÁNICO**Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐**Causas intermedias³ / Causas intermedias³**

Debido a/Debido a

(b) **BRONCOASPIRACION**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) **PARALISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA AVANZADA**Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐**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 ☐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 próteses

En Santiago, a 3 de julio de 2015

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 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

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, a 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 pela **causa imediata** e se remate coa **causa inicial ou fundamental**, é dizer, 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 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 excluyentes, é decir, 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 ☐ ☐
Días 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) Hemorragia cerebral debido a 3 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

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 DEL CARMEN PILAR ARROYO SAMPABLO con documento identificativo DNI 01382218X, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 3 de julio de 2025, a las 20:30 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 , 4 de julio de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
04/07/2025 12:28

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:vKnV-uRc5-Cq9j-xfWa

