

OTROS CONCEPTOS

Arca modelo: C-0 S/CAVE 5.972.859
Capilla ardiente: SAKA TONOK 10.318 TPV
Gestión funeraria: 5.972.859
Carroza traslado: 5.972.859
Tramitación UUW: 10.318
MARTES 10-23:00

FALLECIDO: LUISA MARTINEZ TORRES

Fecha de fallecimiento: 30 - Junio - 2025

Domicilio: LI. CLINIC

Teléfonos: 626164333 Juan (wife)-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-0 S/CAVE	Medida	11'50
Capilla ardiente	SAKA TONOK	Sala Prep.	Si: Libro NO
Gestión funeraria	Si:	☐ Tramitación UUW	103
Carroza traslado	MUSICA. COMPLETO		102
Prensa	NO	Veloc.	10:00
Radio	NO		23:00
Recordatorios fúnebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id.	Registro Civil:	Santiago
Certificado médico	Si:	Personal	no
Carroza			
Ayunt.º: Sepultura			
Iglesia	NO	Urna:	Basica
Incineración	Si: 23:00	Destino	CUSTODIA FAMILIAR
Presencian	☐ SI ☒ NO	Funeral:	
Cantores			
Flóres	1 CENTRO 10 R.B.: TU FAMILIA 0 (CANCION CADA)		
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			
			2470 73'50

FALLECIDO: Nombre LUISA MARTINEZ TOREA D.N.I. Nº 33030883-P
id. de los padres JOSE Y MANUELA
Naturaleza NOIA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 12 - OCTUBRE - 1934
Profesión _____ Estado DIORCADA Domicilio ROMERO DONALDO 34 2-A
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 14:00 horas del día 30 de JUNIO de 2025
Domicilio H. CRINIO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO ARISTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. SOFIAN SIBE EL CEIL MARTINEZ (Hijo) D.N.I. 06252750-Q
domiciliado en ROMERO DONALDO 34 - 2º A. SANTIAGO

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 _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

D./Dña. LUCIA MOUTO RECCO

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número 6191-5
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número 6191-5
 y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
 e con exercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

LUCISA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

MARTINEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

TORRES

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

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

Número:

Número:

32030883-4Documento
de identidad:
☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

14:0014:00

Día

Día

3030

Mes

Mes

0606

Año

Año

20252025¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio 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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas	Días	Meses	Años
<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas	Días	Meses	Años
<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>

Debido a/Debido a

(c) NEOPLASIA ESTADIO IV

Horas	Días	Meses	Años
<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas	Días	Meses	Años
<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas	Días	Meses	Años
<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>

¿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

02



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de LUISA MARTÍNEZ TOREA
, con documento identificativo DNI, 33030883P según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 30 DE JUNIO DE 2025
a las 14:00 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 01 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
01/07/2025 11:40

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:dJXM-TP2b-K6Wg-wmRp

