

OTROS CONCEPTOS

ENCERO (24 ROSAS blancas) **PAGADO** ^{TPV}
 factura: AUTOMACION LA ZUAVERA S.L
 Avda. de Pontevedra, 82 - Villagarcía de Arosa (Pontevedra)
 CIF: B36181899 piri@automacionlazuavera.com
 73 0500 0970 1596 04/31 696914516
 entro flor u. modelo **(PAGADO)** Guparo Aca **3359**

vaciar y poner de lado
 de la fallecida

FALLECIDO: Pilar López Lodeiro

Fecha de fallecimiento 23 de Julio de 2025

Domicilio 14. Clínica

Teléfonos: 661976673 (Josi Manó) E-mail: Jesperante@gmail.com

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Padara	Medida	
Capilla ardiente	Cervantes	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si		☐ Tramitación UUW
Carroza traslado	H. Clínico - Campio		
	Kat de Salicia n°2 (Edición General)		
	Prensa		
	Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	Id. Recoger en casa 16:40		
Certificado médico	UCI Registro Civil: Santiago		
Carroza	Personal		
Ayud.º: Sepultura	Boisaca 1454. Pinob		
Iglesia	Capilla Complejo		
Incineración	Urna:		
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Si Xoro Beba	Funeral:	X D. Juan Venturo X 60 (b8274)
Flores	Canal R.R. Tus liras e liras politas		
	Kat. 18.R.B. Tu nieto" elop		
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			

Recoger y entrar en carp de Abro (cienizas + coque + juth)

FALLECIDO: Nombre Pilar López Lodeiro D.N.I. Nº 33158131C
id. de los padres José y Manuela
Naturaleza Saniego Provincia A Lugo
Día, mes y año de nacimiento 11-5-1946
Profesión Bandeira - Silleda (Pontevedra) Estado Viuve Domicilio R/Lavras, 8- 3ºB

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 23 de 7 de 2025
Domicilio H. Clinico
Cementerio Boisaco Ayunt.º Stp

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA 16 Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. José Manuel Esperante López (hijo) D.N.I. 524719976
domiciliado en Rua Anxo Sarda fda 2-6-D- O Burgo - Gullarab

L SEÑOR

D/ña. Pilar López Lodeiro
(Viuve de José Luis Esperante Rodríguez)

falleció en _____ en el día de _____ a los 79 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos José Manuel y Yolanda Esperante López

Hijos políticos Cristina Vieites Castro, Manuel Perciras Colmeiro

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos Si
Daniel y Esperante Vieites,

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

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

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

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105614314

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. EVA SANTARIN MANTINAN, LICENCIADA
D./Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1º colegiación
1º colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: PILLAR
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: LOPEZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: LONDEIRO
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 11 Mes 05 Año 1946
Sexo: Varón ☐ Mujer ☐
Sexo: Varón ☐ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33152131-C
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 17:20 Día 23 Mes 07 Año 2025
Hora : minutos Día Mes Año

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

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) HIPERTENSION INTRACRANEAL
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) REMORRAGIA CEREBRAL ESPONTANEA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos / Outros procesos

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/ Si No/ No ☒
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? Si/ Si No/ No ☒

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?

Accidente de tráfico No/ No ☒ Accidente laboral No/ No ☒
Accidente de tráfico Si/ Si Accidente laboral Si/ Si
Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

SI/SI ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

SI/SI ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração 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 23 de Julio de 2025

Firma del médico
Assinatura 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, 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 6 ☐ ☐
Días Meses Años

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 ☐ ☐
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 defuncção se comece pela **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 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 transcurrido 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 excluyentes, 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 ☐ ☐ ☐ ☐
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) Hemorraxia 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
Días Meses Años

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 ☐ ☐
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.



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA



El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Habiendo satisfecho la cantidad de MIL SEISCIENTAS
TREINTA Y NUEVE (1.639) por transmisión pesetas,
como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a per-
petuidad de la sepultura en tierra de segunda
clase, número 1454, del Cementerio Municipal de Boisaca.

Se otorga a D^a Pilar López Lodeiro, esposo e
hijos - - - - -

la concesión a perpetuidad de la expresada sepultura, conforme al
acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este
Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión cele-
brada el día diecinueve de Mayo
de mil novecientos ochenta y uno
con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autori-
zación de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona
sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a veintinueve de Mayo
de mil novecientos ochenta y uno.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE,

EL SECRETARIO GENERAL,

Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra de segunda
clase, señalada con el número mil cuatrocientos cincuenta y cuatro
del Cementerio Municipal de Boisaca.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de PILAR LÓPEZ LODEIRO
, con documento identificativo DNI, 33158131C según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 23 DE JULIO DE 2025
a las 17:20 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 24 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
24/07/2025 10:12

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:xU2K-5V73-TQyg-VSKg

