

FALLECIDO: PURIFICACIÓN CARRALL BARRERO SC-314

FALLECIDO: PURIFICACIÓN CARRALL BARRERO SC-314

Fecha de fallecimiento 22 DE SEPTIEMBRE DE 2015

Domicilio Hospital Clínico

Teléfonos: 674 949972 Valentín E-mail: 628923163 - María

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-0	Medida 1,90
Capilla ardiente	Camara Comply Sala Prep.	Si Libro
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUVW
Carroza traslado	Hospital - Complejo	
Prensa	No	
Radio	No	
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento	llevarnos nosotros una juevel	
Turismo	id.	
Certificado médico	Si	Registro Civil: Santiago
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura	Figueroas	Pirela
Iglesia		
Incineración	Si 17:00	Uma: Basica
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino Figueras
Cantores	No	Funeral: Don Miguel
		No Campana
Flores		

FALLECIDO: Nombre PURIFICACIÓN CARBALLAL BARRERO D.N.I. Nº 33017966 V
id. de los padres MATEO Y MERCEDES
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 27 DE JUNIO DE 1933
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Rua Madrid N:3 1:º D
Santiago de Compostela
Fecha: 04:30 horas del día 22 de Septiembre de 2025
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio Crematorio Complejo Apostel Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

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

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLID
CARBALLAL
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLID
BARREIRO
NOMBRE / NOME
PURIFICACION
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENT
27 06 1933
NÚMERO / NÚMERO
ADF139341
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

CBP

DNI NÚM.
33017966V

P. L. de Torres



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PAÍS / PROVÍNCIA PAÍS
A CORUÑA
MUNICIPIO / MUNICIPIO
MATEO / MERCEDES
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. AMOR RUIBAL 11 P03
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PAÍS / PROVÍNCIA PAÍS
A CORUÑA

15771L6D1

IDESPADF139341333017966V<<<<<<<
3306275F9901018ESP<<<<<<<<<<<<0
CARBALLAL<BARREIRO<<PURIFICACI

FALLECIDA

ES

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 45906174Z

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLID
TORRES
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLID
CARBALLAL
NOMBRE / NOME
MARIA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENT
25 10 2024 25 10 2034
NÚMERO / NÚMERO
CJG189535

Thae

372736

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. MADRID (DE) 0003 DR
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
MONTEVIDEO
URUGUAY

FECHA DE / FECHA DE
EDELMIRO / PURIFICACION

15771L6D1

IDESPCJG189535645906174Z<<<<<<<
6205069F3410255ESP<<<<<<<<<<<<3
TORRES<CARBALLAL<<MARIA<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJA)



Colegio de



Colegio de

106041716

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. NATALIA FERNÁNDEZ DÍAZ

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el númeroen Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

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

151513308

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: PURIFICACIÓNNome do falecido/a: PURIFICACIÓN1º Apellido del fallecido/a: CARBALLAL1er Apellido do falecido/a: CARBALLAL2º Apellido del fallecido/a: BARTEIRO2º Apellido do falecido/a: BARTEIRO

Fecha de nacimiento Día 27 Mes 06 Año 1933

Data de nacemento Día 27 Mes 06 Ano 1933

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33017966-VDocumento de identidade: ☐ Pasaporte Número: ☐Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número: ☐Documento de identidade: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: ☐Documento de identidade: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número: ☐

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 04:30 Día 22 Mes 09 Año 2023

Hora e data da defunción Hora : minutos 04:30 Día 22 Mes 09 Ano 2023

¿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 ☐Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) FALLO MULTIORGÁNICO

10

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 ☐ Mes ☐ Año ☐Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐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 prótesis

En Santiago, a 22 de Septiembre 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 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 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 Inmediata** 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 transcurrido 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 dizer, 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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 Días Meses Años

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

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de PURIFICACIÓN CARBALLAL BARREIRO, con documento identificativo DNI 33017966V, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte del 22 de SEPTIEMBRE de 2025, a las 04:30 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 22 de SEPTIEMBRE de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
22/09/2025 12:21

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:ceTk-ckE5-Aqqk-2Teq

