

**OTROS CONCEPTOS**

Centro 18 RB. Tus sobrinas Begonia Isabel y Rocío. **S-1305**  
**PAGADO** 680355912  
 Centro (18 RB): **PAGADO** ROSAS DE COGAMI. **30/11**  
 CTURA: CONFEDERACIÓN GUEGA DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES (COGAMI)  
 F-632115941. Rúa Muestro Brancs, nº1 baixo, 15304  
 VIAGO DE COMPOSTELA. contabilidade@cogami.gal

**PAGADO**  
 VECOS COLGAR 140 ROSAS: CON CARINO TUS SOBRINOS **elecho**  
 ROSA 140 ROSAS: SUS HERMANOS Y HERMANAS POLITICAS **elecho**  
 otro.mad.2: Tu c. **PAGADO** Calamen, Niguel y familia. **TRP**  
**S-1305**

P. Familia Hgar Camiu.

- Cementerio Nuevo

FALLECIDO: Pilar Camino Sánchez **24-615**  
**ST-447**

Fecha de fallecimiento 8 de Septiembre de 2025

Domicilio Aradas, 7- Peregrine- Santiago

Teléfonos: 680952072 (Carlos) E-mail:

| CONCEPTOS                                                                                                                                                               |                                                         |                                          | Servicio prestado         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------|
| Arca modelo                                                                                                                                                             | PADONA                                                  | Medida                                   | 1300                      |
| Capilla ardiente                                                                                                                                                        | S. Quintana Sala Prep.                                  | Si Libro                                 | 640+54+28'25              |
| Gestión funeraria                                                                                                                                                       | Si                                                      | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV | 173                       |
| Carroza traslado                                                                                                                                                        | <del>Domicilio- Complejo</del>                          |                                          | 107                       |
| Hiércoles                                                                                                                                                               | <del>Años, 2</del>                                      |                                          | 210                       |
| Prensa                                                                                                                                                                  |                                                         |                                          |                           |
| Radio                                                                                                                                                                   | <del>141- Martes</del>                                  |                                          | 11488                     |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas                                                                                                                                       | NO                                                      |                                          |                           |
| Ómnibus acompañamiento                                                                                                                                                  | NO                                                      |                                          |                           |
| Turismo                                                                                                                                                                 | id. RECOGER EN S. FERNANDO                              | 16:30                                    |                           |
| Certificado médico                                                                                                                                                      | <del>STap</del>                                         | Registro Civil:                          | 3                         |
| Carroza                                                                                                                                                                 | Personal                                                |                                          | 17850 107                 |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                                                                                                      | PEREGRINA - PINELO                                      |                                          |                           |
| Iglesia                                                                                                                                                                 | Peregrine                                               |                                          | 50                        |
| Incineración                                                                                                                                                            | Urna: <del>CAMPANERO</del>                              |                                          |                           |
| Presencian                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <del>SUSO</del> SACRISTAN                |                           |
| Cantores                                                                                                                                                                | S: <del>CRISTIANEHA</del> (bot)                         | Funeral: AGUSTIN                         | <del>116'00</del> (11397) |
| Flores                                                                                                                                                                  | <del>CORONA R/B O TEU ESPASO</del>                      |                                          | 143                       |
|                                                                                                                                                                         | <del>CORONA R/B OS FILLOS E FILLOS PT.</del>            |                                          | 143                       |
|                                                                                                                                                                         | <del>CANTO 24 R/B E/C</del>                             |                                          | 95                        |
|                                                                                                                                                                         | <del>OS GEUS NEGOS EN EMBAS</del>                       |                                          |                           |
| <input type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubrefúntos <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input checked="" type="checkbox"/> Rosario |                                                         |                                          | 3470 7350                 |

FALLECIDO: Nombre Pilar Camino Sánchez D.N.I. N° 33227031-N  
id. de los padres Manuel y Domingo  
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña  
Día, mes y año de nacimiento 13/12/1937  
Profesión Santiago Estado Casado Domicilio Aradas, 7 - Peregrina

Fallecimiento: Fecha: 22:10 horas del día 8 de Septiembre de 20 25  
Domicilio Aradas, 7 - Peregrina - Santiago  
Cementerio Peregrina Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre Manuel Miguel Cajade

LIBRO DE FAMILIA Tomo \_\_\_\_\_; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. Maria Soledad Miguel Camino ( Luz ) D.N.I. 33252771-5  
domiciliado en Lgr. Aradas, 7 - Peregrina - Stgo

D/ña. Pilar Camino Sánchez ~~LA~~ SEÑORA  
(Vecina de Aradas, Peregrina - Stgo)

falleció en \_\_\_\_\_ en el día de \_\_\_\_\_ a los 87 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a Manuel Miguel Cajade  
Hijos Marisol y Pilar Miguel Camino

Hijos políticos 2022 Carlos Martiner Suárez y Fernando Alonso Barral

Padres \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos \_\_\_\_\_

Hermanos Victor y Florinab Camino Sánchez

Hermanos políticos Si  
Alberto y Margarito Martiner Miguel y Andrea Alonso Miguel

Nietos \_\_\_\_\_ Bisnietos — Tíos \_\_\_\_\_ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción \_\_\_\_\_  
Funerales En Gallego  
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



APellidos / Apellidos  
**CARINO  
SANCHEZ**  
Nombre / Nombre  
**PILAR**  
Sexo / Sexo  
**F** Nacionalidad / Nacionalidad  
**ESP**  
Fecha de nacimiento / Fecha de nacimiento  
**13 12 1937**  
Nº de pasaporte / Pasaporte  
**BCE136792 01 01 9999**

*Gilox Luisio*

**33227031N** **421888**

**ES PANIA**  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



**APELLIDOS / APELLIDOS**  
**MIGUEZ**  
**CAMINO**  
**NOMBRE / NOME**  
**MARIA SOLEDAD**  
**SEXO / SEXO** **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**  
**F** **ESP**  
**FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO**  
**26 08 1961**  
**NUM. DOCUMENT** **VALIDEZ / VALIDADE**  
**BBP157213** **27 05 2026**

**270515**

**NO Soledad Miguez**

**DNI 33252771S** **624960**





Colegio de



Colegio de

105715192

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Jesus GURMAN CORTEGOSO A CORUÑA Licenciado  
 D. / Dña. LA CORUÑA, con el número 153604987  
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO, co número  
 y con ejercicio profesional en  
 e con ejercicio profesional en

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

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: PILAR  
 Nome do falecido/a:  
 1º Apellido del fallecido/a: CANINO  
 1er Apellido do falecido/a:  
 2º Apellido del fallecido/a: SANCHEZ  
 2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 13 Mes 12 Año 1937 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒  
 Data de nacemento Día 13 Mes 12 Ano 1937 Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33227031-N  
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:  
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:  
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 22:10 Día 08 Mes 09 Año 2025  
 Hora e data da defunción Hora : minutos 22:10 Día 08 Mes 09 Ano 2025

¿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 traballo ☐ Outro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) FUNCIONAMIENTO MULTIORGÁNICO  
 Debido a/Debido a  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA  
 Debido a/Debido a  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

(c) INSUFICIENCIA CARDÍACA  
 Debido a/Debido a  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) INSUFICIENCIA CARDÍACA  
 Debido a/Debido a  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

OTROS PROCESOS  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐  
 Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

¿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 8 de SEPTIEMBRE de 2025  
En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del médico  
Sinatura do médico

*[Firma manuscrita]*

### 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

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 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

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

#### 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

#### 5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

#### Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

## LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

### ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **09** de septiembre de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D<sup>a</sup> PILAR CAMINO SÁNCHEZ que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33227031N según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **08** de **09** de **2025** a las **22:10** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

**SE CONCEDE AUTORIZACIÓN** para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
09/09/2025 11:38

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR  
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE  
ENCARGADO



RG:x9fn-tnuJ-hjne-w6Qg

