

OTROS CONCEPTOS

~~Centro Rod. l' D. que es el lado leure efecto~~
~~Centro Rod. l' D. que es el lado leure efecto~~
~~Centro C. Rod. l' D. que es el lado leure efecto~~
~~Centro 18 RB. Amiga de tu hija Ana. Paula, Gerson y Sheila~~
15 17-15 13 biazum
TEO (15 R BR): CON CARIÑO DE TUS AMIGAS, HERMANA, VANDESA Y MARIA
CENTRO (VAR. 1): FAMILIA FELPETE CAÑEIRO web
MORO COCCAR (VAR. 1): TUS COMITORES EMILIO Y EVA web

FALLECIDO: MARIA TROITINJO GARCIA

Fecha de fallecimiento 4 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Domicilio ULLAR DE CALO, 49-TEO

Teléfonos: 627223860-JUAN

E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-3	Medida 1'90		
Capilla ardiente CALO, 2	Sala Prep. X Signo de Libro di		
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV		
Carroza traslado X DOMICILIO-TANATORIO			
VIERNES 12:00	Prensa No		
Radio No			
Recordatorios fúnebres / tarjetas X 100			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo id.			
Certificado médico X Si	Registro Civil X TEO		
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura TALO-TEO			
Iglesia SAN JUAN DE CALO-TEO	X Patronato		
Incineración	Urna: Sacristía		
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino		
Cantores X Busto	Funeral: X Alocuciones		
Flóres X CORONA ROSAS BLANCAS: TUS AMIGAS, E HIJOS POLITICOS			
	CORONA ROSAS ROSAS! TU ES POSO		
	CENTRO 24 R BLANCAS: TUS NIETOS		
	(X radio)		

SEPULTURA 159?

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre MARÍA TROITIÑO GARCÍA D.N.I. Nº 35256028-H
id. de los padres FRANCISCO/ MARÍA SINESIA
Naturaleza COTOBADÉ Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 21 DE SEPTIEMBRE DE 1957
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio VILAR DE CALO, 49-CALO
TEO

Fallecimiento: Fecha: 1:40 horas del día 4 de SEPTIEMBRE de 2025
Domicilio VILAR DE CALO, 49-CALO-TEO
Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. PEDRO CAAMAÑO GOSSENDE (ESPOSO) D.N.I. 33199471-4
domiciliado en VILAR DE CALO, 49-CALO-TEO

LA SEÑORA

D/ña. MARÍA TROITIÑO GARCÍA
(VECINA DE VILAR DE CALO-TEO)

falleció en _____ en el día de 4/9/2025 a los 67 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a PEDRO CAAMAÑO GOSSENDE

Hijos MARÍA JOSÉ Y ANA BELEN CAAMAÑO TROITIÑOS

Hijos políticos JOSÉ LUIS GARCÍA MONTOIRO Y JUAN LUIS SEDANE CASQUEIRO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos CARMEN Y PILAR TROITIÑO GARCÍA

Hermanos políticos Si

XOEL, ANA Y MARINIA

Nietos Si 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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
TROITINO
GARCIA
NOMBRE / NOME
MARIA
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
21 09 1957
NÚM. SOPORT
B6D158121 VALIDEZ / VALIDEZ
19 01 2028

DNI 35256028H

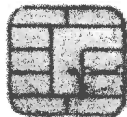
[Signature]

285696

LEAR. VILAR DE CALO 49

CALO
TEO
A CORUSA

15771601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
COTOBADE
PONTEVEDRA

NOMBRE DE / NOME DE
FRANCISCO / MARIA SIRENIA

IDESPBGD158121235256028H<<<<<<
5709216F2801197ESP<<<<<<<<<<<<<<4
TROITINO<GARCIA<<MARIA<<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
CAAMAÑO
GOSENDE
NOMBRE / NOME
PEDRO
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
18 11 1949
NÚM. SOPORT
BM0165182 VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

DNI 33199471Y

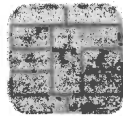
[Signature]

208448

LEAR. VILAR CALO 49

TSO
A CORUSA

15771601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
OUTES
A CORUSA

NOMBRE DE / NOME DE
JOSE MARIA / JOSEFIA

IDESPBM0165182033199471Y<<<<<<
4911184M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<<7
CAAMAÑO<GOSENDE<<PEDRO<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido.
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105614675

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.

Emanuel Eddy Jimenez Figueroa

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A Coruña

PAC Santiago

, con el número
, co número

Colegio actual
Colexio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514436

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:

MARIA

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apelido do falecido/a:

TRONTERO

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apelido do falecido/a:

GARCIA

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 21
Día

Mes 09
Mes

Año 1957
Año

Sexo:
Sexo:

Varón
Varón

Mujer
Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número: 35256020-H

Documento
de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número: - - - - -

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos
Hora : minutos

01 : 40

Día 04
Día

Mes 09
Mes

Año 2025
Año

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

Santiago Teo

Domicilio particular
Domicilio particular

☒

Centro hospitalario
Centro hospitalario

☐

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria

☐

Lugar de trabajo
Lugar de traballo

☐

Otro lugar
Outro lugar

[Handwritten signature]

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) PARO CARDIORRESPIRATORIO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) NEOPLASIA PULMONAR

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) BLOQUEO AUDICULOVENTRICULAR

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?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade 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/Existência de próteses

En Santiago de Chile, a 04 de Septiembre de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico
ANGEL EDDY JIMÉNEZ
FIGUEROA

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 periodo 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 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 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 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 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 Horas Días Meses Anos

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 Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas Días Meses Anos

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:

Otros 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 recomendaciones

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- 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.



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 **04** de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA TROITIÑO GARCÍA** Que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **35256028H** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **04** de **09** de **2025** a las **01:40** horas, acaecida en **TEO**.

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



