

OTROS CONCEPTOS

21.6.41
\$1.500
\$2.330

FALLECIDO: María Soledad Morales Redondo
 Fecha de fallecimiento 5 Octubre 2015
 Domicilio H. la Rosaleda 315
 Teléfonos: Jue 11° (609019990) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	<u>0</u>	Medida <u>1'90</u>
Capilla ardiente	<u>CERUANTES</u>	Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u>
Gestión funeraria	<u>Si</u>	☐ Tramitación UUVV
Carroza traslado	<u>Hospital - Tanatorio</u>	
Prensa	<u>ESQUELA GRACIAS CORO 2 Partes</u>	
Radio	<u>NO</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento	<u>NO</u>	
Turismo	id. <u>SAVE AL TANATORIO.</u>	
Certificado médico	<u>Si</u>	Registro Civil: <u>Sambuco</u>
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	<u>Capilla Complejo</u>	<u>CENAS COSTA RICA</u>
Incineración	<u>Si</u> 21:00	Urna: <u>BÁSICA</u>
Presencia	☐ SI ☒ NO	Destino <u>113052</u>
Cantores	<u>Si</u> <u>X AVIER</u>	Funeral: <u>X PISO</u>
Flores	<u>1 censo colgar 10MB "Tus sobrinos"</u>	<u>X60</u>

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre María Soledad Morales Redondo D.N.I. N° 33 092951 E
id. de los padres Nazario y Josefa
Naturaleza Noia Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 24 - Abril - 1925
Profesión 49 A 30 B Sanhago Estado Soltera Domicilio C/ Rosalía de Castro

Fallecimiento: Fecha: 21:15 horas del día 5 de OCTUBRE de 20 25
Domicilio M. La Rosaleda
Cementerio Crematorio Apostol Ayunt.º Sanhago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. LA SEÑORA
MARIA SOLEDAD MORALES REDONDO.
(NATURAL DE NOIA - VECINA DE SANTIAGO.)

falleció en en el día de a los 100 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos MARIA (+), José (+), ANTONIO (+), DANUEL (+), NAZARIO (+),
MARIA DEL CARMEN (+), RADÓN y MARIA TERESA (+) MORALES REDONDO.

Hermanos políticos (Si)

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos (Si) Primos (Si)

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de Capilla Complejo

CASA MORTUORIA: Cervantes.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado



33092951-E

NOMBRE:
 MARIA SOLEDAD
 PRIMER APELLIDO:
 MORALES
 SEGUNDO APELLIDO:
 REDONDO

~~Sole of Mowles Pith~~

EXPED. 28-05-1993 VAL PERMANENTE

NACIO EN	NOYA	
PROVINCIA	A CORUÑA	EL 24-04-1925
HIJO/A DE	NAZARIO y JOSEFA	
DOMICILIO	C ROSALIA DE CASTRO 44A 3 B	SEXO M
LOCALIDAD	SANTIAGO DE COMPOSTELA	
PROVINCIA	A CORUÑA	EQUIPO 15771L8D1

IDESP33092951EO<<<<<<<<<<<<<<<
2504247F9912315ESP<<<<<<<<<<O
MORALES<REDONDO<<MARIA<SOLEDAD

FALLECIDA

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIQOS
SANTIAGO
MORALES
 NOMBRE / NOME
JOSE MARIA
 SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M **ESP**
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
18 03 1968
 NÚM. SPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BMK109120 **31 07 2030**

DNI 33276293P

414976

CMNO. DE FIXO 17 12

CALO
TEO
A CORUÑA

15771601
Cubillo, Enrique

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HUJIA DE / FLOJA DE
JOSE MARIA / MARIA TERESA

IDESPBMK109120233276293P<<<<<<
6803188M3007310ESP<<<<<<<<<<8
SANTIAGO<MORALES<<JOSE<MARIA<<

SOLICITANTE (SOBRINO)

105470705

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña.
D. / Dna.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enGELVYS MIGUEL GARCIA GONZALEZ
Coruña
Santiago de Compostelacon el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513666

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

MARIA SOLEDAD

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

MORALES

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

REDONDO

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 24

Mes 04

Año 1925

Sexo:

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:D.N.I.
D.N.I.

Número: 33092951-E

Documento
de identidad:Pasaporte
Pasaporte

Número:

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 21:15

Día 05

Mes 10

Año 2025

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

Santiago de Compostela

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro 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) FALTA MULTIPLE DE ORGANOS

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

(c) NEUMONIA DERECHA

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

BRONCOASPIRACION

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí 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 de tráfico Sí/SíAccidente laboral No/Non
Accidente laboral Sí/SíFecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

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

Dr. Gelys Miguel García González
Nº Col.: 15/1513666

En Santiago, a 05 de octubre de 2025
En , a de de

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]

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

- 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 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 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 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 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: Diabetes

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

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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA SOLEDAD MORALES REDONDO, con documento identificativo DNI 33092951E, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte del 05 de OCTUBRE de 2025, a las 21:15 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 06 de OCTUBRE de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
06/10/2025 10:36

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:nGh9-k6kT-\$dFy-Chm8

