

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: ^(WED) ~~ST:127 SC~~ ~~Sta. Luc~~
M^a Carmen Leticia Carbajal
Fecha de fallecimiento: 13-11-2025
Domicilio: H. dinico C/ Alcalde Lorenzo 17- P1 I Bata
Teléfonos: 626123473 - Dave E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'90
Capilla ardiente	Berk, 2	Sala Prep. Si: Libro Si:
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUVW
Carroza traslado	Hospital - Ent. X Coneo n.º 2	
Prensa	SABADO 9:45 X 12a Viernes. X (100)	
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id.	
Certificado médico	X Si.	Registro Civil: Santiago
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura	Incinaciado completo (otina)	
Iglesia	San Juan de aotono	
Incineración	Si.	Urna: Si.
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino: Campese X
Cantores	Ana	Funeral: X 170 (115783)
Flores	CENTRO 24 ROSAS BLANCAS: OS TENS FILLOS ENETO •	

☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO:

Nombre U^a Carmen Landeira Carlajal D.N.I. N° 76508748F
id. de los padres Francisco - Josefina
Naturaleza Teo Provincia Cauca
Día, mes y año de nacimiento 3-1-1955
Profesión no 17-PI Bertamirán Estado Separada Domicilio Alcalde Loraño

Fallecimiento:

Fecha: _____ horas del día 13 de Noviembre de 2025
Domicilio H. clínico
Cementerio Incinerada Complejo Ayunt.º Santiago

Cónyuge:

Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA

Tomo _____

; Página _____

DECLARANTE D. _____

(_____)

D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ña. U^a Carmen Landeira Carlajal L^a SEÑOR D. Celso

falleció en Bertamirán - Muz en el día de 13-11-2025 a los 70 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Rocio, Serafín e Laura Rodríguez Landeira

Hijos políticos Martina Casas Gomez.
Neto: Teo.

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Eduardo C+), Alfonso Landeira Carlajal

Hermanos políticos Florica Carmen Otero y Fina Cascl.
Familia política de Calo

Nietos _____

Bisnietos _____

Tíos _____

Sobrinos Si

Primos Si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Vieñer.

en la iglesia de San Juan de Atano

CASA MORTUORIA: postal 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

IDESPBMCI66944576508748F<<<<<<
5501030F3007088ESP<<<<<<<<<<0
LANDEIRA<CARBAJAL<<MARIA<CARME

IDESPBMCI66942344809313T<<<<<<
7608162F3007088ESP<<<<<<<<<<7
RODRIGUEZ<LANDEIRA<<ROCIO<<<<<

SOLICITANTE

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106042433

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Selbo/Garimbo

CORUÑA

D./Dña. Maira Algondra González González

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Santiago de Compostela, con el número
, co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153313251

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

LANDEIRA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

CARBAJAL

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 03

Mes 01

Año 1955

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Sexo:

Varón

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

76508748-F

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

14:00

Día 13

Día 13

Mes 11

Mes 11

Año 2025

Año 2025

¿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 ☐

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

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

(a) FALTO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias ³ / Causas intermedias ³

(b) DETERIORO COGNITIVO DE EVOLUCIÓN RAPIDA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental ⁴ / Causa inicial ou fundamental ⁴

(d) LINFOMA NO HODÉKLIN B DIFUSO DE CELULA GRANDE ESTADIO IV

Debido a/Debido a

II. Otros procesos ⁵ / Outros procesos ⁵

¿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 ☒Fecha del mismo: Día ☐Mes ☐Año ☐Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Si ☒ 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 de Compostela a 13 de Noviembre 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 anota 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 defuncção se comece pola **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 ☐ ☐ 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. Anótase 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 ☐ ☐ 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 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.



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 **14** de **NOVIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA CARMEN LANDEIRA CARBAJAL** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **76508748F**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **13** de **NOVIEMBRE** de **2025** a las **19:00** 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.



