

OTROS CONCEPTOS

40 R. BLANCA "PERSONAL LINDA SUMER NUÑEZ" ¹⁸ DIESAL

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 otro 24 R. Blanca Bugallo (Pe) ⁶

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 18 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 18 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web
 40 R. PAGADO Cruzia Oral USC ⁶ web

FALLECIDO:

Maia Livi Quintanilla Padin

Fecha de fallecimiento 12- Noviembre- 2025

Domicilio c/ Concepción Arenal, 2-2° - Santiago USC.es

Teléfonos: 690378262-juanpina E-mail: juanantonio@usc.es

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo 201	Medida 190		1856
Capilla ardiente ☒ si ☒ si	Sala Prep. si	Libro si	
Gestión funeraria si	☐ Tramitación UUV		
Carroza traslado ☒ Domicilio al complejo			
Prensa ☒ Correo 6			
Radio			
Receptorarios funebres / tarjetas	☒ Transcripción ☒ Correo		
Ómnibus acompañamiento			
Turismo ☒ si ☒ no			
Certificado médico	Registro Civil: Stgo		
Carroza ☒ si ☒ no	Personal		
Avult.º: Sepultura	Panteón 112 Rue Central ☒ No		
Iglesia ☒ si ☒ no	Capilla Compleja		
Incineración	Urna:		
Presencia ☒ si ☒ no	Destino ☒ si ☒ no		
Cantores ☒ si ☒ no	Funeral ☒ Ricardo. SAR.		
Flores ☒ si ☒ no	Tus hijos e hijas Políticas (SR)		
	Contratado Tus nietos (SR)		
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			

FALLECIDO: Nombre M^a Jesús Quintanilla Padin D.N.I. N° 35381691D
id. de los padres Antonio y María
Naturaleza Cambados Provincia Pontevedra
Día, mes y año de nacimiento 22- Noviembre 1934
Profesión — Estado Vivida Domicilio c/ Concepción Arned, 2-2°
Santiago

Fallecimiento: Fecha: 20³⁰ horas del día 12 de 11 de 20 25
Domicilio En domicilio
Cementerio Boisaca Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre Vda de D. José M^a Suárez Nónes

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. Juan Antonio Suárez Quintanilla 14yo) D.N.I. 332635476
domiciliado en el mismo —

D/ña. María Jesús Quintanilla L SEÑOR Padin (Vda de José M^a Suárez Nónes)

falleció en Santiago en el día de 12/11/25 a los 90 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a
Hijos David, José María, Juan Suárez Quintanilla y Elsa

Hijos políticos Mónica², Gloria¹, Mabel⁴, María José³ y Mela⁵

Padres

Abuelos

Padres políticos Nietos, bisnietos y demás familia —

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA: Complejo

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

(no)



Colegio de



Colegio de

105714706

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Ms DEL CARMEN RODRIGUEZ FACAL
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

6371

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARIA JESUS
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: QUINTANILLA
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: PADIN
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento Día 22 Mes 11 Año 1934
Data de nacemento Día 22 Mes 11 Ano 1934 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 35387691-D
Documento de identidade: ☐ 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 : minutos 20:30 Día 12 Mes 8 Año 2025
Hora e data da defunción Hora : minutos 20:30 Día 12 Mes 8 Ano 2025¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGODomicilio 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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b) DETERIORO GENERAL
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) ANEMIA
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas 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 Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes AnoContinúa 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, a 12 de Noviembre de 2025

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 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 ☐ ☐

II

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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **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 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

II

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

- 1.Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- 2.Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- 3.Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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



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 13 de **NOVIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA JESÚS QUINTANILLA PADÍN** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **35381691D**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **12** de **NOVIEMBRE** de **2025** a las **20:30** 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
13/11/2025 14:04

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:P79J-3Wz2-6HFE-FS7k

