

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: MATILDE CASTRO COTÓN

Fecha de fallecimiento 24 - NOVIEMBRE - 2025

Domicilio H. CONXO - SANTIAGO (C/ RAYÓN CABANILLAS - SANTIAGO)

Teléfonos: 699.55.43.17 (Móvil) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	<u>Redonda</u>	Medida <u>C-1.</u>
Capilla ardiente	<u>SÁHARA</u>	Sala Prep. <u>SI</u> Libro <u>NO</u>
Gestión funeraria	<u>SI</u>	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO	
Prensa	<u>NO.</u>	<u>NO INSCRIPCIÓN LAPIDA</u>
Radio	<u>NO.</u>	<u>480€</u>
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>NO.</u>	
Ómnibus acompañamiento	<u>NO.</u>	
Turismo	id. <u>Recoger 10⁴⁰ en Sra Fernando</u>	
Certificado médico	SI	Registro Civil: SANTIAGO
Carroza	<u>SI</u>	Personal <u>SI</u>
Ayunt. Sepultura	Boisica 9553 - PNELO	
Iglesia	CAPILLA COMPLETO	
Incineración	Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino NO
Cantores	<u>NO.</u>	Funeral: DON JOSE MARIA
Flóres	CENTRO 18 ROSAS ROJAS: TU FAMILIA (ENCIMA CAJA).	
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

RENTAR LAPIDA Y ENTERRAR ARIEZA.

LEONINIO ROJERO GARCIA

25/7/2004.

FALLECIDO: Nombre MATILDE CASTRO COTÓN D.N.I. Nº 33171491 V
id. de los padres LORENZO Y MERCEDES
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 12 - NOVIEMBRE - 1945
Profesión _____ Estado VUOLDA Domicilio c/ RARÓN CABANILLAS, 14-3º
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 750 horas del día 24 de NOVIEMBRE de 20 25
Domicilio HOSPITAL DE CONXO - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. NOELIA MARÍA ROMERO CASTRO (HITA) D.N.I. 44814952 G
domiciliado en AVDA. DA LIBERDADE, 5 - 4º E - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
CASTRO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
COTON
NOMBRE Y APELLIDO
MARILDE
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDAD
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
12 11 1945
IDESP
ARX163235
VALIDEZ / VALIDEZ
23 02 2025

33171491V

M. de Castro



IDSPARX163235033171491V<<<<<<
4511126F2502232ESP<<<<<<<<<8
CASTRO<COTON<<MATILDE<<<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPANA



APELLIDOS / APELLIDOS

ROMERO
CASTRO

NOMBRES / NOMBRES

NOELIA MARIA

SEXO / SEXO

F

NACIONALIDAD / NACIONALIDAD

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO

31 12 1977

NUM. DOCUMENTO

BHA181302 30 05 2028

VALIDEZ / VALIDEZ

30 05 2028

DNI 44814952G

064384

DOMICILIO / DOMICILIO

C. RAMON CABANILLAS 14 P03/B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

ESPANA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO

OVIEDO
ASTURIAS

HIJO/A DE / FILLO/A DE

HERMINIO / MATILDE

IDESPBA181302344814952G<<<<<<<
7712315F2805302ESP<<<<<<<<<<<<7
ROMERO<CASTRO<<NOELIA<MARIA<<<

DECLARANTE



Colegio de



Colegio de

105715379

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. IAGO DE LARRINAGA ROMERO
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colexio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513378

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MATILDE

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

CASTRO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

COTON

Fecha de nacimiento

Día

12

Mes

11

Año

1945

Sexo:

Varón

Mujer

☒

Data de nacemento

Día

12

Mes

11

Año

1945

Sexo:

Varón

Muller

☒

Documento

☒

D.N.I.

Número:

33171491-1

de identidad:

☐

D.N.I.

Número:

Documento

☐

Pasaporte

Número:

de identidad:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

07:50

Día

24

Mes

11

Año

2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

07:50

Día

24

Mes

11

Año

2025

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

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo
Lugar de traballo

Otro 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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

05
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) HIPERTERMIAS DE DIFÍCIL CONTROL

08
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) INFECCIÓN RESPIRATORIA POR VIRUS INFLUENZA

08
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SEPSIS POR STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS

38
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

FRACTURA PERIPROTESICA DE CADERA IZQUIERDA INTERVENIDA

42
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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 24 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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

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.

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 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 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas Días Meses Anos
 (c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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

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 Anos

Otras recomendacións

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



TITULO DE CONCESIÓN DE USO

DA SEPULTURA Nº 9553

DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

*En cumprimento do Decreto da Alcaldía con data 6 de Agosto de 2004 e acreditado o pagamento das taxas correspondentes na Tesoureiría Municipal, queda inscrito no Libro de Rexistro do Cemiterio a concesión de uso, da **Sepultura nº 9553** emprazada no treito **0F**, sección **003**, fila **04**, e nº de orde **02**, do Cemiterio Municipal de Boisaca, a favor de:*

MATILDE CASTRO COTON

O prazo de esta concesión e de NOVENTA E NOVE anos, e o seu uso estará limitado á autorización previa do titular e suxeito ás disposicións do Regulamento do Cemiterio Municipal de Santiago de Compostela e ás súas modificacións.

Santiago de Compostela, a 9 de Agosto de 2004

ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL





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 24 de NOVIEMBRE de 2025.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MATILDE CASTRO COTÓN que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33171491V según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 24 de NOVIEMBRE de 2025 a las 07:50

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.



