

# OTROS CONCEPTOS

entre 18 cases blancos & Residencia Celso (Ara)

FALLECIDO: <sup>1/2 del</sup> ~~Web~~ Carmen Mourina Nino  
 Fecha de fallecimiento 29-1-2025  
 Domicilio V. conxa - Brany  
 Teléfonos: 665916427 E-mail:

| CONCEPTOS                         |                                                         |                                          | Servicio prestado |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|
| Arca modelo                       | C-1                                                     | Medida                                   | 1'90              |
| Capilla ardiente                  | Berta "3"                                               | Sala Prep.                               | Si Libro          |
| Gestión funeraria                 | Si                                                      | <input type="checkbox"/> Tramitación UUW |                   |
| Carroza traslado                  | Hospital - Tanit. Berta                                 |                                          | 171               |
|                                   |                                                         |                                          | 109               |
| Prensa                            | No                                                      |                                          |                   |
| Radio                             | No                                                      |                                          | 117'36            |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas | No                                                      |                                          |                   |
| Ómnibus acompañamiento            | No                                                      |                                          |                   |
| Turismo                           | id.                                                     |                                          |                   |
| Certificado médico                | Si                                                      | Registro Civil                           | 3                 |
| Carroza                           | Personal                                                |                                          | 182'90 + 200      |
| Ayunt.º: Sepultura                | San Felix de Buon                                       |                                          | 125               |
| Iglesia                           | San Felix de Buon                                       |                                          |                   |
| Incineración                      | Urna:                                                   |                                          |                   |
| Presencian                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Destino                                  | 70                |
| Cantores                          | Miguel (asesor funeral)                                 |                                          | 170'30 (120'02)   |
| Flóres                            | 11.000: 400 e 11. poliflor                              |                                          | 146               |
|                                   | 13.000: 400 e 11. poliflor                              |                                          | 146               |
|                                   |                                                         |                                          | 3550              |
|                                   |                                                         |                                          | 3550              |
|                                   |                                                         |                                          | 7530              |

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Señora del Carmen Mariano Jimenez D.N.I. Nº 330440547  
id. de los padres Fernando - Mercedes  
Naturaleza Mujer Provincia Cantabria  
Día, mes y año de nacimiento 8-3-1927  
Profesión ..... Estado viuda Domicilio Brens de Abaixo, 14  
Buón (C.D. Cantabria)  
Fecha: 16.40 horas del día 29 de enero de 2025  
Fallecimiento: Domicilio El Conxexo  
Cementerio San Felix de Buón Ayunt.º Buón

Cónyuge: ..... Nombre .....

LIBRO DE FAMILIA ..... Tomo ..... ; Página .....

DECLARANTE D. Jose Garcia Moron ( ..... ) D.N.I. 332562035

domiciliado en Brens de Abaixo 14-5to

ca. LP SEÑOR R

D/ña. Carmen Mariano Jimenez

Cuñada de Jose Garcia Montañez

falleció en Brens de Abaixo en el día de 29-1-2025 a los 102 años

confortado con los Auxilios Espirituales .....

Su esposo/a .....

Hijos Señora del Carmen y Jose Garcia Mariano

Hijos políticos Elisando Picado Rodriguez y Isabel Garcia Perez  
vieta, Oscar y Manuel, Jose Manuel y Lucia.

Padres .....

Abuelos .....

Padres políticos .....

Hermanos Si

.....

Hermanos políticos Si

.....

.....

Nietos ..... Bisnietos ..... Tios ..... Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción .....

Funerales Viernes 17:30.

en la iglesia de San Felix de Buón

CASA MORTUORIA: apostol

(SI / NO) SE RECIBE DUELO .....

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

.....

.....

.....

.....

A black and white portrait of a woman with short, dark, curly hair and glasses. She is wearing a light-colored, possibly patterned, top. The photo is a headshot with a plain background.

33044054-T

NOMBRE / NOME  
MARIA DEL CARMEN  
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO  
MOURIÑO  
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO  
NIMO

Carmen Herrera

**EXPED. 27-03-2006 VAL. PERMANENTE**  
**IDESP**

Ministerio del Interior

|          |                             |                         |                  |            |              |     |
|----------|-----------------------------|-------------------------|------------------|------------|--------------|-----|
| F.N.M.T. | NACIÓ EN<br>NACEU EN        | AMES                    | EL<br>O          | 08-03-1923 | SEXO<br>SEXO | M-F |
|          | PROVINCIA<br>PROVINCIA      | A CORUÑA                |                  |            |              |     |
|          | HUJO / A DE<br>FILLO / A DE | FRANCISCO / MERCEDES    |                  |            |              |     |
|          | DOMICILIO<br>DOMICILIO      | LGAR BRANS DE ABAIXO 14 |                  |            |              |     |
|          | LOCALIDAD<br>LOCALIDADE     | BRION                   |                  |            |              |     |
|          | PROVINCIA<br>PROVINCIA      | A CORUÑA                | EQUIPO<br>EQUIPO | 15771L6DR  |              |     |

IDESP33044054T6<<<<<<<<<<<<<  
2303082F9901018ESP<<<<<<<<<<2  
MOURINO<NIMO<<MARIA<DEL<CARMEN

**FALLECIDA**



OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105970665

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.  
D. / Dña.

MIGUEL NEIRA BOGA

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en  
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

A CORUÑA

con el número  
co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual  
Colegio actualNº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a

151511407

1ª colegiación  
1ª colexiación

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

MARIA DEL CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

MOURIZO

2º Apellido del fallecido/a:

NIÑO

Fecha de nacimiento  
Data de nacemento

Día 08

Mes 03

Año 1923

Sexo:

Varón

Mujer

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

Número:

33044054-T

Documento  
de identidad:☐ Pasaporte  
☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción  
Hora e data da defunción

Hora: minutos

16:40

Día 29

Mes 01

Año 2026

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio 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  
intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>(a) PARADA CARDIO-RESPIRATORIA 0 0 0 0  
Horas Días Meses AñosCausas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>(b) INSUFICIENCIA CARDIACA 2 0 0 0  
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>(d) INSUFICIENCIA RENAL AGUDA 3 0 0 0  
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

¿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

☒



¿Existen riesgos infecciosos?/Existen 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/Existencia de prótesis

En Santiago de Compostela, a 29 de enero de 2026Firma 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 |
|       | 45   |       |      |

## 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    |

## 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 |
|       |      |       | 10   |

## 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.

Mod. CMD-BED-G

□□□□■□

## Instruccions 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 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 | Años |
|       | 45   |       |      |

## 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) Hemoraxia cerebral

debido a 

|       |      |       |      |  |
|-------|------|-------|------|--|
| 3     |      |       |      |  |
| 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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 

|       |      |       |      |   |
|-------|------|-------|------|---|
|       |      |       |      | 2 |
| Horas | Días | Meses | Años |   |

(c) Pielonefrite crónica

debido a 

|       |      |       |      |   |
|-------|------|-------|------|---|
|       |      |       |      | 2 |
| 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| Horas | Días | Meses | Años |
|       |      |       | 10   |

## 5 Outros procesos:

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

|       |      |       |      |
|-------|------|-------|------|
| Horas | Días | Meses | Años |
|       |      |       | 5    |

## Outras 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.



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 30 de **ENERO** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D<sup>a</sup> **MARÍA DEL CARMEN MOURIÑO NIMO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33044054T** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **29 de enero de 2026** a las **16:40** 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  
30/01/2026 11:36

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR  
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE  
ENCARGADO



RG:B4KG-Qcxn-yR9j-a\$B\$

