

FALLECIDO: Nombre MARÍA CRISTINA CARBALLAL BRAÑA D.N.I. N° 33029728 A
id. de los padres MANUEL / MERCEDES
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 18 - DICIEMBRE - 1936
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Folgoso, 2 - Figueiras
Stgo

Fallecimiento: Fecha: 05:30 horas del día 19 de FEBRERO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio FIGUEIRAS Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. JOSÉ MANUEL MATOS CARBALLAL (hijo) D.N.I. 33295591 D
domiciliado en FOLGOSO, 2 - FIGUEIRAS - SANTIAGO

D/ña. Maria Cristina Carballal Braña ^L SEÑOR (Viuda de Antonio Matos Lenin)

falleció en C Vecina de Folgoso - Figueiras - Stgo en el día de hoy a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Maria del Carmen, Manuel, Antonio(+), Dora, Rita Maria,
Hijos José Manuel, Ramón y Juan Carlos (+) Matos Carballal -

Hijos políticos Maria Vaizquez, Pili Gato, Ricardo Rey, Valentín Capelán,

Padres _____

Abuelos Celia Lenais,

Padres políticos _____

Hermanos Niebs, niebs Políticos, bisnietos, sobrinos y

Hermanos políticos demás familia -

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ 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

Uno sale de: Bins pasando por: Folgoso, Xalacasa, Cilexelos, Roar de Arriba,
y Bar de Arriba y Tanatorio - -

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
CARBALLAL

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
BRANA

NOMBRE / NOME
MARIA CRISTINA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
18 12 1936

IDEMP
ALW185848

VALIDEZ HASTA / VALIDEZ ATA
01 01 9999

CBM

Mo C Carballal

ONI NÚM.
33029728A

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

CIUDAD / CIUDADE / CIDADE
A CORUÑA

PROVINCIA / PROVINCIA
MANUEL / MERCEDES

PROVINCIA / PROVINCIA
LGAR. FIGUEIRAS-FOLGOSO 2

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

157711601

IDESPALW185848733029728A<<<<<<<
3612185F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<0
CARBALLAL<BRANA<<MARIA<CRISTIN

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
MATOS
CARBALLAL

NOMBRE / NOME
JOSE MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
01 04 1972

NÚMERO / NÚMERO
BJK166953

VALIDEZ / VALIDEZ
27 05 2029

DNI 33295591D

585728

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
LGAR. FOLGOSO 2

CIUDAD / CIUDADE / CIDADE
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

NOMBRE DE / NOME DE
ANTONIO / MARIA CRISTINA

157711601

IDESPBJK166953633295591D<<<<<<<
7204014M2905279ESP<<<<<<<<<<<<<8
MATOS<CARBALLAL<<JOSE<MANUEL<<

D./Dña. Laura Teijeiro Juez

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A Coruña

, con el número

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

Santiago de Compostela

, co número

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

154512767

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA CRISTINA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

CARBALLAL

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

BRANA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

33029728-A

Documento
de identidad:

☐

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Año

Año

¿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

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) HIPERNATREMIA

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas
Horas

Días
Días

Meses
Meses

Años
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:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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?/Possibilidade de incineração

Si/Sí ☒ 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 Sancti Spiritus, a 14 de Febrero de 2026

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐
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
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

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

☐ ☐ ☐ ☐ 5
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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 imediata** 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

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

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/ INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA CRISTINA CARBALLAL BRAÑA con documento identificativo DNI núm. 33029728A según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 19 de febrero de 2026, a las 05:30 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incineración al cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a, 20 de febrero de 2026.

Asinado por: BERNARDEZ PEREIRAS, EVA
Cargo: Letrada de Administración de Xustiza
Data e hora: 20/02/2026 11:28:52



