

OTROS CONCEPTOS

NTOS F.V. 1 - Blanco **PAGADO** **GERMANO** **IN**
NTOS F.V. 1 - Rojo **PAGADO** **GERMANO** **SUG3**

FALLECIDO: MARIA ANGELA GARCEN MARTINEZ GIMENEZ ST. 142
Fecha de fallecimiento 9 MARZO 2026
Domicilio H. Convo 301
Teléfonos: JAVIER (410) 655830523 E-mail: jvin72@gmail.com

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C1	Medida	1'90
Capilla ardiente	PRATERIAS	Sala Prep.	SI Libro SI
Gestión funeraria	SI	Tramitación UUV	SI
Carroza traslado	HOSPITAL-TANATORIO		
Prensa	NO		
Radio	NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	REDOGER E ILLA		
Certificado médico	SI	Registro Civil	SANTIAGO
Carroza		Personal	
Ayunt.º: Sepultura	CONCESION NICHOS 1807		81730.
Iglesia	CAPILLA COMPLETO		
Incineración		Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	PARISPARQUIA
Cantores		Funeral:	D. RICARDO JEMAR 60 (125195)
Floras			CONTRATO IPR (E.C.) ALMAS - TU H. 50
Sudario	☒ Cubrefunfos	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre MARÍA ÁNGELA CARMEN D.N.I. Nº 33017272 J
id. de los padres MANUEL / ÁNGELA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 27 - ABRIL - 1935
Profesión _____ Estado DIUORCIADA Domicilio RUA SERRANS REY
ALUITE, 1, 2º B - SANTIAGO
Fecha: 23:40 horas del día 9 de MARZO de 2026
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL DE CONXO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____
FTA A NOMBRE FALLECIDA - CARGO EN CUENTA:
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

LA SEÑORA
D/ña. MARÍA ÁNGELA CARMEN MARTÍNEZ GIMONOT (CARMEN)
(VECINA DE RUA SERRANS REY ALUITE - SGO)
falleció en _____ en el día de 9-3-26 a los 90 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos JAVIER GARCÍA MARTÍNEZ

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos PILI (+), REPITA (+), MANOLO, ANGELITA (+) y CONCHITA

Hermanos políticos SI

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos SI Primos SI

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


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105962879

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Santiago de Compostela, con el número
co número
CHUS

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

151813010

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Vale corrección

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:MARIA ~~BARRA~~ ANGELA CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

MARTINEZ

2º Apellido del fallecido/a:

GIMENEZ

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 27

Mes 04

Año 1935

Sexo:

Varón

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

Número:

33017272-0

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte
☐ 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

23:40

Día 09

Mes 03

Año 2026

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

Santiago de Compostela

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro 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 inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO CARDIACO

Debido a / Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a / Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Debido a / Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Si / Si

No / Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si / 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
Accidente de tráficoNo / Non ☒Accidente laboral
Accidente laboralNo / Non ☒Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineración

Si/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 09 de marzo 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

(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

Otras recomendaciones

Horas Días Meses Años 1 0

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 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 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 dizer, 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.

Exemplo:

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

(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 1 0

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Otras recomendacións

Horas Días Meses Años 1 0

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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de **MARÍA ÁNGELA CARMEN MARTÍNEZ GIMÉNEZ** con documento identificativo DNI núm. 33017272J según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 9 de marzo de 2026, a las 23:40 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, 10 de marzo de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
10/03/2026 12:48

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:tEHc-wymh-cTEK-bZca

