

OTROS CONCEPTOS

bro 18 casa bl. Pajaro, Sergio Castro y familia TPV
bro modelo 1. **PAGADO** S. 472
bro 24 casa bl. **PAGADO** S. 472
bro 18 casa bl. **PAGADO** S. 472
bro mod. **PAGADO** S. 472
bro 18 casa bl. **PAGADO** S. 472

FALLECIDO: MARIA DOORES LINARES FERREIRO

Fecha de fallecimiento 13 DE MARZO DE 2026

Domicilio H. Clinico - ANTULETA, 10- Stgo.

Teléfonos: 607406233-Miguel (E-mail)

CONCEPTOS				Servicio prestado
Arca modelo	Cero	Medida	1'90	89537-62675
Capilla ardiente	CERVANTES	Sala Prep.	Si Libro	656+5512895
Gestión funeraria	Si	Tramitación UUV	Si	177
Carroza traslado	H. Clinico-Completo			109
Prensa	Carro, 3			375
Radio	1 vez viernes			11736
Recordatorios fúnebres / tarjetas				
Ómnibus acompañamiento				
Turismo	banquete en casa 15:30 hr.			46
Certificado médico	Si	Registro Civil	SANTIAGO	3
Carroza		Personal		125 9095 13270
Arqu.º: Sepultura	Boiraca	10832	Concesión	31390
Iglesia	Capilla completo			154
Incineración			Construcción sepult.	
Presencia	☐ SI ☒ NO	Destino		60'00 125483
Cantores	No	Funeral:	Chile	161
Flores				161
				75
				2770
				7530

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre MARÍA DOLORES LIÑARES FERREIRO D.N.I. Nº 33232743-C
id. de los padres JESÚS / MERCEDES
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 29 DE SEPTIEMBRE DE 1959
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio RUA CANTALETA, 10 - STGO

Fallecimiento: Fecha: 01:00 horas del día 13 de 3 MARZO de 2026
Domicilio A. CLÍNICO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre Miguel Angel Mota Fraga

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Miguel Angel Mota Fraga (esposa) D.N.I. 332392397
domiciliado en R/ Cantaleta, 10 - Stgo

☒ SEÑOR ☐ SEÑORA

D/ña. Mª Dolores Liñares Ferreiro
(Vecina de Santiago - R/ Cantaleta)
falleció en _____ en el día de _____ a los 66 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Miguel Angel Mota Fraga

Hijos Cristina y Adrian Mota Liñares

Hijos políticos Sergio Guerrero Montañe

Padres Mercedes Ferreiro Iglesias (Viuda de Jesus Liñares Boquete)

Abuelos _____

Padres políticos Herminda Fraga Amado

Hermanos Jesus y Jose Liñares Ferreiro

Hermanos políticos _____

Gael y Miguel Guerrero Mota.

Nietos si Bisnietos _____ Tios si 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



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33232743C

2007年12月10日 星期日

LIBRARY S

11 521 120

MARIA DOLORES

79 09 1959

28 06 2022 28 06 2022

CCR161743

309632

NATIONAL IDENTITY CARD DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CANTAleta 10
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPCCR161743733232743C<<<<<<
5909290F3206283ESP<<<<<<<<<<1
LINARES<FERREIRO<<MARIA<DOLORE

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

 DNI 33239238Y

APELLIDOS Y APELLIDOS

NOTA

FRAG

NAME / NOME
MIGUEL ANGEL

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	NACIMIENTO / NACIMENTO
M	ESP	28 06 1959

EMISIÓN / EMISIÓN	VAUDEZ / VAUDEZ
28 06 2022	28 06 2032

NUMERO DI PONTE
CCR161997

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO/DOMICILIO
RUA. CANTAleta 10
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HUOJA DE / FELLOA DE
ANGEL / HERMINDA

1-800-457-7160 / 408-457-7160

IDESPCCR161997033239238Y<<<<<
5906288M3206283ESP<<<<<<<<<1
MOTA<FRAGA<<MIGUEL<ANGEL<<<<<

SOLICITANTE

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105957340

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ELISA CAMPOS CABALEIRO

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

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

151514030

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARIA DOLORES

Nome do falecido/a: MARIA DOLORES

1º Apellido del fallecido/a: LINARES

1ª Apelido do falecido/a: LINARES

2º Apellido del fallecido/a: FERREIRO

2ª Apelido do falecido/a: FERREIRO

Fecha de nacimiento Día 29 Mes 09 Año 1959

Data de nacemento Día 29 Mes 09 Ano 1959

Sexo: Varón ☐ Mujer ☒Sexo: Varón ☐ Muller ☒Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33232743-CDocumento de identidad: ☐ Pasaporte Número: Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número: Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 01:00 Día 13 Mes 03 Año 2026

Hora e data da defunción Hora : minutos 01:00 Día 13 Mes 03 Ano 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 ☐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 aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) ANOXIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) TROMBOSIS PORTAL

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

(c) HEPATITIS CITOLITICA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ADENOCARCINOMA DE COLON CON METASTASIS HEPATICAS

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 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 Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año

Data do mesmo: Día Mes Ano

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?/Posibilidade de incineración

Si/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 de Compostela, a 13 de 03 de 2016

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02
(c) Pielonefritis crónica debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção 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 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 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 02
(c) Pielonefrite crónica debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 02

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 10

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 05

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.



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 DOLORES LIÑARES FERREIRO** con documento identificativo DNI núm. 33232743C según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 13Vde marzo de 2026, a las 01:00 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, 13 de marzo de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
13/03/2026 12:52

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG: Cy9w-Nkku-JGrE-KBme

