

OTROS CONCEPTOS

OTRO 18 R.B - FAMILIA ESTALOTE
ENTRO 18 R.B - GARCIA FAMILIA TPV S.328
ENTRO 24 R.B - PAGADOR FAMILIA
ENTRO COGNAC 12 R.B - PAGADOR FAMILIA
ENTRO 24 ROSAS BL. R.B - PAGADOR FAMILIA
ENTRO 24 ROSAS BL. R.B - PAGADOR FAMILIA

FALLECIDO: CARMEN FERREIRO OTERO

Fecha de fallecimiento 22-MARZO-2026

Domicilio RUA RAXEIRA 46-48-2º F. SANTIAGO

Teléfonos: 636981065-Noticia E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1 Artania Medida 1'90	
Capilla ardiente	Complejo QUINTAN Sala Prep. Libro	X S
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Domicilio - COMPLETO	
Prensa	Carroza 4	
Radio	2 Veces Lunes	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	LAPIDA DE EUCARISTIA 1ª FAMILIA	
Ómnibus acompañamiento	1 (familia) 6 28 646128	
Turismo	id. RECOGER 16:00 H. - IGLESIA	
Certificado médico	X Si	Registro Civil X STGO
Carroza	Barriela	Personal X FINELO
Ayunt.º: Sepultura	X San Andrés de Barriela	
Iglesia		Urna: X CANTANA - 100 €
Incineración		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino X 110 (126128)
Cantores	X Si / KUSA	Funeral X Jose Luis
Flores	X Centro Cely 50 R.B: Tu esposo	
	X Centro Cely 50 R.B: Tu hijo e hija Plutón	
	X Centro 24 R.B: Tu nietos (en una caja)	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre CARMEN TERREIRO OTERO D.N.I. Nº 33177278P
id. de los padres BENITO / MARÍA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 2 - FEBRERO - 1944
Profesión _____ Estado Galicia Domicilio Rúa Raxeira, 46-48,
2º F - Santiago 15707 -

Fallecimiento: Fecha: 09:00 horas del día 22 de MARZO de 2026
Domicilio SU DOMICILIO - RUA RAXEIRA, 46-48, 2º F - SANTIAGO
Cementerio BARCELONA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. NARCIA MAROÑO FERREIRO (hija) D.N.I. 44841529Q
domiciliado en Rúa Raxeira, 46-48, 2º F - SANTIAGO

D/ña. Carmen Ferreiro Otero (Carmen de Brais) L SEÑOR
(Natural de Louzanella - Residente en Raxeira - Stgo)
falleció en (Anterior Residente en Angustiá - Stgo) en el día de _____ a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Jose Maroño Garabal (CONSTRUCTOR)
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 por RODRÍGUEZ DE VILORIA (PARADA XUNTA DE GACIÁ,
Salida de Centro Salud de Fontiñeira, al Complejo Apóstol, Iglesia y
regreso

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F	ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
02 02 1944

NUM REPORT	VALIDEZ / VALIDEZ
BIV119539	01 01 9999

[Signature]

022912

Keywords: child sexual abuse; disclosure; disclosure strategies

RUA. RAXEIRA 46 48 PD2 F
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

15771L601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

FRANCIS DE / FILLOM DE
BENITO / MARIA

IDESPBIIV119539433177278P<<<<<<
4402026F9901018ESP<<<<<<<<<5
FERREIRO<OTERO<<CARMEN<<<<<<<<

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F	ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
14 08 1984

NUN SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BIV120728 11 01 2029

521984

DONICILIO / DONICILIO

RUA. RAXEIRA 46 48 P02 F
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
1097125157711601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HUJOA DE / FILLOA DE
JOSE / CARMEN

IDESP BIV120728844841529Q<<<<<
8408141F2901112ESP<<<<<<<<<3
MARONQ<FERREIRO<<NATALIA<<<<<<

DNI 44841529Q


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105956085

Colegio de LA CORUÑA Colexio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. **Xª DEL CARMEN RODRIGUEZ FACAL**
 D. / Dna.
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **LA 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
Colexio actual
6371
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: **CARMEN**
 Nome do falecido/a:
 1º Apellido del fallecido/a: **FERREIRO**
 1er Apellido do falecido/a:
 2º Apellido del fallecido/a: **OTERO**
 2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 02 Mes 02 Año 1944
 Data de nacemento Día Mes Ano
 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
 Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33177278-P
 Documento 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 09 : 00 Día 22 Mes 03 Año 2026
 Hora e data da defunción Hora : minutos Día Mes Ano

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: **SANTIAGO**
 Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
 Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo 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) **PARADA CARDIORRESPIRATORIA**
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) **FALLO MULTIORGÁNICO**
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) **MIOCARDIOPATÍA DILATADA**
INSUFICIENCIA RENAL
 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 Si/Si ☐ Accidente laboral Si/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/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade 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 22 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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 defuncção 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 a 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Outras recomendacións

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

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CARMEN FERREIRO OTERO con documento identificativo DNI núm. 33177278P según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 22 de marzo de 2026, a las 09:00 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, 23 de marzo de 2026.



