

OTROS CONCEPTOS

PAGADO SIMP. 650

PAGADO SIMP. 651

muchos amigos de la familia

FALLECIDO: MANUELA CASTRO GONZÁLEZ

Fecha de fallecimiento 14 DE ABRIL DE 2026

Domicilio Hospital Clínico - Santiago

Teléfonos: 655669869 Angeles E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	626 75
Capilla ardiente	Toural Sala Prep. Si Libro No.		556 55
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV		177
Carroza traslado	HOSPITAL CLÍNICO AL COMPLEJO		109
Prensa	Expreso N° 3 (Héroes)		375
Radio	NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	CUA SALE AL TANATORIO.		46
Certificado médico	SI ☒ SANTIAGO	Registro Civil:	3
Carroza	SI	Personal	125 905 1370
Ayunt. : Sepultura	BOISACA - N° 5632 - DINELO		150
Iglesia	CAPILLA COMPLETO		154
Incineración	Urna:		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	NO	Funeral:	125 905 1370
Flores	Corona Rosas Rojas: Tus Hijos e Hijas Politicos		146
	1° a 2° Bandas: Tus nietos y nietas Politicos		146
	1 Centro de Rosas Blancas: Tus Biznietos		75
	(Cena Caja)		
Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			2770 75'30

RETIRAR LAPIDA Y ENTERRAR EN CEMETARIO DE ARAUCO

FALLECIDO: Nombre MANUELA CASTRO GONZÁLEZ D.N.I. Nº 33155394 C
id. de los padres LUIS Y DOLORES
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 16 DE MARZO DE 1937
Profesión Estado VIUDA Domicilio Escultor Gamilo Otero 2
Resid. Domus Vi Pontevedra

Fallecimiento: Fecha: 3:20 horas del día 14 de ABRIL de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
SANTIAGO (A CORUÑA)
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre JUAN RODRÍGUEZ BAUTÍS (+1 de julio de 2018)

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ CASTRO (HIJA) D.N.I. 44806905 F
domiciliado en RUA A DESADA, 4 - ESC. 5 - 3º B - MILLADOIRO - ARES

D/ña. MANUELA CASTRO GONZÁLEZ SEÑOR "MANOLA DEL KIOSKO"

falleció en (Vecino de Barrio de San - Sgo.) en el día de 14/4/2026 a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a
Hijos FINA Y ÁNGELES RODRÍGUEZ CASTRO;

Hijos políticos MANUEL MARÍA GONZÁLEZ Y JORGE BRAVO;

Padres NIETOS: SARA, JUAN MANUEL Y MARUXA;

Abuelos NIETOS POLÍTICOS: DARÍO IGUESIAS Y SHEILA LÓPEZ;

Padres políticos BISNIETOS: LUCAS Y KATUXA;

Hermanos

Hermanos políticos

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

NO



IDESPABG151559133155394C<<<<<<
3703162F9901018ESP<<<<<<<<<<1
CASTRO<GONZALEZ<<MANUELA<<<<<<

FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. A BESADA 4 E5 P03 B
MILLADOIRO
AMES
A CORUÑA

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

FECHA DE / FECHA DE
JUAN / MANUELA

IDESPBMK109252044806905F<<<<<<
7503290F3008018ESP<<<<<<<<<<3
RODRIGUEZ<CASTRO<<MARIA<DE<LOS

SOLICITANTE (Hija)

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105989283

Colegio de

A CORUÑA

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. Inene Álvarez Losada

D. / Dña.

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

A Coruña

, con el número

y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Santiago de Compostela

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

151513812

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MANUELA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

CASTRO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

GONZÁLEZ

Fecha de nacimiento

Día 16

Mes 03

Año 1937

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Data de nacemento

Día 16

Mes 03

Año 1937

Sexo:

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

Número:

33155394-C

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

03 : 20

Día 14

Mes 04

Año 2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

03 : 20

Día 14

Mes 04

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 instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCIÓN ANONCOASPIRATORIA

Horas Días Meses Años

(c)

Horas Días Meses Años Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Horas Días Meses Años II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas 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
Accidente de tráficoNo / Non ☒Sí / Si ☐Accidente laboral
Accidente laboralNo / Non ☒Sí / Si ☐Fecha del mismo:
Data do mesmo:Día Mes 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?/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, a 14 de Abul 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Días Meses Años

II

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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.

Instrucciones 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 5
Días Meses Años

Otras recomendaciones

- 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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MANUELA CASTRO GONZÁLEZ con documento identificativo DNI núm. 33155394C según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 14 de abril de 2026, a las 03:20 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, 15 de abril de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
15/04/2026 12:25

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:pX5q-G5aG-7uqc-F4NT

