

OTROS CONCEPTOS

CPV
FAMILIA ANAÍZ? SSBH
1700 18 ROSAS 82'00
1800 18 R. B. De los **PAGADO** de R. tve SSBH
1000A (40 R) : COMPAGÑEROS FILLO MANOLO
PAGADO efectivo rcep
AEROPORTO SALVADOR CPV
1000A (40 R) : FAMILIA **PAGADO** SSBH
1000 (18 R. B. R.) : A **PAGADO** SSBH
SABERIO E FAMILIA

FALLECIDO: **ADOLFO DATO PARTINEZ**

Fecha de fallecimiento **1 - ABRIL - 2026**

Domicilio **HOSPITAL CÁNICO // Río Lino Villajoyet, N°2, 3°D**

Teléfonos: **679402420 (Victoria)** E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-3	Medida 1'90		1.420-
Capilla ardiente X Camilo Prohencz Sala Prep.	X Si Libro X Si		
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV Si		
Carroza traslado X HOSPITAL CÁNICO - CORAJEJO			
TUEVES	X Correo, 2		
16:30	X 10x2 2'5x2 (ED. SANTIAGO RIBEIRA)		
Radio	X 10x2 MIÉRCOLES		
Recordatorios fúnebres / tarjetas X 70			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo 10:10 id. RECOGER EN S. CAETANO			
Certificado médico X Si	Registro Civil X SANTIAGO		
Carroza	Personal		
Ayuda: Sepultura BOISACA SEP. 9.665.	Balsa		
Iglesia X CAPILLA COMPLEJO			
Incineración	Urna:		
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino X PINEL 10:00h		
Cantores NO	Funeral: X D. VÍCTOR		
Flores X 1 CORONA ROSAS ROSAS: TU ESPOSA			
X 1 CORONA ROSAS BLANCAS: TUS HIJOS E HIJAS PERDIDOS			
X 1 CORONA ROSAS BLANCAS: TUS NIETOS Y NIETAS			
X 6^a X Esquela Domínguez			
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			

FALLECIDO: Nombre ADOLFO MATO MARTÍNEZ D.N.I. Nº 33.153.692-C
id. de los padres JOSÉ / FILORENA
Naturaleza TOURO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 23 - JUNIO - 1937
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA Lino Villafines
Nº 2, 3º D. SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 6:20 horas del día 1 de ABRIL de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO.
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. MARÍA VICTORIA MATO TORRES (Hija) D.N.I. 33241630-V
domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. ADOLFO MATO MARTÍNEZ
(VECINO DE RUA LINO VILLAFINES - SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de 1/04/26 a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a VISITACIÓN TORRES TATO

Hijos VICTORIA, ISABEL, MANOLO, JUAN CARLOS, Y CRUZ MATO TORRES

Hijos políticos JUAN CARLOS GONZÁLEZ, CLAUDIO MAROTO, PILAR SEOMNE Y PILAR MORENO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos Si

BEATRIZ, ANDREA Y HUGO NIETO POLÍTICO: JUAN LUIS

Nietos Si Bisnietos PABLO Y XABI Tios _____ 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

IDESPAD0181132333153692C<<<<<<
3706233M9901018ESP<<<<<<<<<6
MATO<MARTINEZ<<ADOLFO<<<<<<<<<

FALLECIDO

IDENTIFICACION
RUA. DE ATENAS 3 H PO4 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

157711601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TOURO
A CORUÑA

RAIDA DE / PILLOLA DE
ADOLFO / VISITACION

IDESPBEK194393833241630Y<<<<<<
6010106F2706269ESP<<<<<<<<<<4
MATO<TORRES<<MARIA<VICTORIA<<<

DECLARANTE (HIJA)

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
TORRES
NOMBRE / NOME
VISITACION
SEXO / SEXO F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
14-04-1941
NÚMERO DOCUMENTO / NÚMERO DE DOCUMENTO
BM164896 01 01 9999
DNI 33207485Q
Visitación *Torres* 716224

DOMICILIO / DOMICILIO
C. LINO VILLAFINEZ 2 P03 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BOQUEIXON
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / CARMEN

IDESPBM164896333207485Q<<<<<<
4104146F9901018ESP<<<<<<<<<<<<2
TORRES<TATO<<VISITACION<<<<<<<<

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

https://certificados.cgcom.es

1ESH2BL3MG

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105172623

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARTIN LORENZO GARCIA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

, con el número

, co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514000

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

ADOLFO

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

MARTO

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

MARTINEZ

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 23

Mes 06

Año 2024

Sexo:

Varón X

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento

X

D.N.I.

Número:

33153692-C

de identidad:

Pasaporte

Número:

Documento

Pasaporte

Número:

de identidad:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

06 : 20

Día 01

Mes 04

Año 2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

06 : 20

Día

Mes

Año

¿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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA 00 00 00 00
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) ICTUS ISQUEMICO 07 03 00 00
Horas Días Meses Años

(c) 00 00 00 00
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) LEUCEMIA LINFÓIDE CRÓNICA 00 00 00 24
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

00 00 00 00
Horas Días Meses Años

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

Sí/Si

No/Non X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Si

No/Non X

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?

Accidente de tráfico No/Non X
Accidente de tráfico Sí/Si

Accidente laboral No/Non X
Accidente laboral Sí/Si

Fecha del mismo: Día
Data do mesmo: 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?/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 01 de Abril de 2020

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

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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

☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
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 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
Horas Días Meses Años

Otras 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.



TITULO DE CONCESIÓN DE UNIDADES DE ENTERRAMENTO DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

Sepultura - 9.665

0F0031027

En cumprimento da resolución da Concellaría Delegada de Servizos con data 11-02-2008, e logo de acreditar o pagamento das taxas correspondentes, inscribese no libro de rexistro do Cemiterio a concesión de uso da unidade de enterramento sinalada anteriormente a favor de:

Titulares	DNI
ADOLFO MATO MARTÍNEZ	33153692C
VISITACIÓN TORRES TATO	33207485Q

O prazo de concesión é de noventa e nove anos e o seu uso esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

En caso de translación de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 12 de febreiro de 2008

O ALCALDE

Asdo.: José Antonio Sánchez Bugallo



O SECRETARIO XERAL DO
GOBERNO MUNICIPAL

Asdo.: José Ramón Alonso Fernández



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **01** de **ABRIL** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ADOLFO MATO MARTÍNEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33153692C** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **01 de ABRIL DE 2026** a las **06:20** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

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



