

OTROS CONCEPTOS

~~Centro 18RB~~ **PAGADO** y familia TPV S.612
 Centro 18RB TPV S.614
 Centro 24RB TPV S.615
 Centro 24RB TPV S.616
 Centro 18RB TPV S.617
 Centro 18RB TPV S.618
 Centro 18RB TPV S.619
 Centro 18RB TPV S.620
 Centro 18RB TPV S.621
 Centro 18RB TPV S.622

FALLECIDO: MARIA JESUS CASTRO RIVAS
 Fecha de fallecimiento: 5 - ABRIL - 2026
 Domicilio: TRASS BL PIVAR, 12 - 2º B
 Teléfonos: 686967057 (web) E-mail:
 Servicio prestado: 996

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	ECOLÓGICA	Medida 1'90
Capilla ardiente	QUINTANA	Sala Prep SI Libro SI
Gestión funeraria	SI	Tramitación UUV + Seguros
Carroza traslado	X DOMICILIO - TRASS -	
Prensa	N/D	
Radio	N/D	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	N/D	
Ómnibus acompañamiento	N/D	
Turismo	SI (PAC)	Registro Civil: SI (D)
Certificado médico	SI (PAC)	Personal
Carroza		
Ayunt.º: Sepultura	ACTO CIVIL	
Incineración	17 h.	Urna: ESLOGEN
Presencia	SI NO	Destino
Cantores		Funeral:
Flores	Centro 18RB: BLOW - SIN CINTAS - B.C.	

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO:

Nombre MARIA JESUS, CASTRO RIVAS

D.N.I. Nº 34245769B

id. de los padres JESUS y CELIA

Naturaleza MONARTE DE LEMOS

Provincia LV 60

Día, mes y año de nacimiento 07-03-1953

Profesión

Estado

~~casada~~
(DIVORCIADA)

Domicilio

TRAS EL PILAR - 12-2º
5ºD

Fecha:

08:00

horas del día

05

de

04

de 2026

Fallecimiento:

Domicilio

el mismo

Cementerio

Crematorio Complejo Apóstol

Ayunt.º

Santiago

Cónyuge:

Nombre

LIBRO DE FAMILIA

Tomo

; Página

DECLARANTE D. NOELA POUSA CASTRO

(HIJA)

D.N.I. 50226961K

domiciliado en

Rua José Luis Puente Domínguez

L SEÑOR

D/ña.

MARIA JESUS CASTRO RIVAS

falleció en

en el día de 5-4-26

a los

73 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

JOSÉ RAMÓN POUSA ESTÉVEZ

Hijos

XIARA y NOELA POUSA CASTRO

Hijos políticos

DAMIÁN PAZ FIDEL

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

SI

Hermanos políticos

SI

Nietos

Bisnietos

Tíos

Sobrinos

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
CASTRO
RIVAS
NOMBRE / NOME
MARIA JESUS
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
07 03 1953
NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BJA106509 21 03 2029

324288

DNI 34245769B

[Signature]

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. TRAS DO PILAR 12 PD2 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

Equipo / Equipo
157711601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
MONFORTE DE LEMOS
LUGO

HIJO DE / FILLOA DE
JESUS / CELIA

IDESPBJA106509134245769B<<<<<<
5303072F2903219ESP<<<<<<<<<<<1
CASTRO<RIVAS<<MARIA<JESUS<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
POUSA
CASTRO
NOMBRE / NOME
NOELA
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
02 03 1986
NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BLG192034 05 12 2029

746688

DNI 50226961K

[Signature]

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. JOSE LUIS PUENTE DOMINGUE 6
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

Equipo / Equipo
157711601



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

HIJO DE / FILLOA DE
JOSE RAMON / MARIA JESUS

IDESPBLG192034550226961K<<<<<<
8603027F2912051ESP<<<<<<<<<<<3
POUSA<CASTRO<<NOELA<<<<<<<<<<

D./Dña. X^a DEL CARMEN RODRIGUEZ FACAL

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirugía, colexiado/a en Santiago de Compostela, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual

Nº de colegiado/a

6371

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA JESUS

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

CASTRO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

RIVAS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 07

Mes 03

Año 1953

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

Número:

39295769-0

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

0-00000000-0

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos 08:00

Día 05

Día 05

Mes 04

Mes 04

Año 2026

Año 2026

¿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 ☐

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) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CANCER DE MAMA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 ☐ Año ☐Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 5 de Abril 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 ☐ ☐ 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

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.

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 excluyentes, é decir, 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ Horas Días Meses Anos

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ Horas Días Meses Anos

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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ Días Meses Anos

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ Días Meses Anos

Otras recomendacións

- 1.Emplegar 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.



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 **06** de **ABRIL** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA JESÚS CASTRO RIVAS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **34245769B** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **05 DE ABRIL DE 2026** a las **08:00** 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.



