

SC-233

Web SF-233

FALLECIDO: MARIA TRINIDAD SALGUEIRO CALDEAS ST-188

Fecha de fallecimiento 5 - ABRIL - 2026

Domicilio = / SANTASMARIÑAS, 41. SANTIAGO

Teléfonos: 660 45 41 55 (SUSANA) E-mail: 1412602693

CONCEPTOS

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	CERRADA
Capilla ardiente	PRATERIAS	Sala Prep.	SI Libro SI
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	DOMICILIO - TANATORIO		
Lunes, Prensa	BOLETO N-3 (dunes)		
Radio	1 vez domingo		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO (20 FAMILIA)		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id. CURA solo el tanatorio		
Certificado médico	SI	Registro Civil:	SANTIAGO
Carroza	SI	Personal	SI
Ayunt. Sepultura	BOISICA 2451 - PINO		
Iglesia	CAPILLA TANATORIO		
Incineración		Urna:	Verdes
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	El CORO ROSAS ROSAS TO ESPOSO	Funeral:	Don Ricardo
Flóres	El CORO ROSAS ROSAS TO ESPOSO		
	El CORO ROSAS ROSAS TO ESPOSO		
	El CENTRO DE ROSAS ROSAS TO NIETO		
	(ENCIMA CASA)		
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

ESQUELA DONICIA (NO)

FALLECIDO: Nombre MARIA TRINIDAD SALGUEIRO CALDEAS D.N.I. N° 33203332A
id. de los padres ALFONSO Y CORTEN
Naturaleza VILA DE CRUCES Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 15 - OCTUBRE - 1951
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio C/ SANTAMARIÑAS, 41
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 930 horas del día 5 de ABRIL de 20 26
Domicilio C/ SANTAMARIÑAS, 41 - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D MANUEL RAMÓN CASTRO OTERO (ESPOSO) D.N.I. 33200266L
domiciliado en EL NISTRO

D/ña. TRINIDAD SALGUEIRO CALDEAS (JUBILADA DE CORREOS)
~~L SEÑOR~~

falleció en (Vecina de Sentesmeiros - Stgo.) en el día de 5/4/2026 a los 74 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a MANUEL CASTRO OTERO
Hijos SUSANA Y ALBERTO CASTRO SALGUEIRO

Hijos políticos LUIS QUINTAÑS ARCE Y JANETTE GONZÁLEZ GARCÍA;
NIETO: MARTÍN CASTRO GONZÁLEZ;

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos —

Hermanos políticos SI

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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105968971

Colegio de

Sello/Corimbo

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional encon el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

363608910

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) CANCER DE MAMA

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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 AñoContinúa 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 20 de abril de 2026

Firma del médico/ Sinatura do médico
13715155
OSMAUT ROMERO
MIRANDA

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 0 0 0 0
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 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 0 0 0 0
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

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.

Mod. CMD-BED-G

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. Se 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 0 0 0 0
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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 0 0 0 0
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

Horas 5 Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

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.

TITULO DE CONCESSION

SELLO MUNICIPAL

14/4/93 H000A0043
10:26

TOTAL OREY. 100

14 ABR. 1993

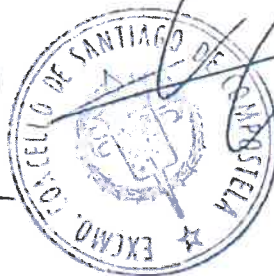
Da SEPULTURA Nº 2451, ubicada no treito D, sección 3, fila 4, nº de orde 5, no cemiterio municipal de Boisaca a nome de Dna. CARMEN CALDELAS PRADO, D. MANUEL CASTRO OTERO, Dna. M^{te} TRINIDAD SALGUEIRO CALDELAS, e Dna. SUSANA-MARIA e D. ALBERTO-MANUEL CASTRO SALGUEIRO.-----

Concedida por Decreto da Alcaldía con data 22 de marzo de 1993, coa facultade de usa-la sepultura cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 23 de marzo 1993

O ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL





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/Dª **MARÍA TRINIDAD SALGUEIRO CALDELAS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33203332A** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **05 DE ABRIL DE 2026** a las **09:30** 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.



