

OTROS CONCEPTOS

Ente 24 RB: ~~Comp. Filgueira~~ **PAGADO** Oscar 147 **S. 1104**
176952 **web**
24 RB: Direc. y Personal DENA Aeropuerto Sgo. - R.
ASME S.A. A862/2420 - Llamado SIN - 15820
Hc 664180839 → ~~X~~ listas cgr hh @ aena.es
~~Ente 24 RB: Tu pda~~ **PAGADO** ~~es familia~~ ~~efectivo~~
~~Ente 04 RB: F~~ **PAGADO** ~~San Alicia~~ ~~efectivo~~

FALLECIDO: Doña Carmen ~~Martha~~ **Filgueira** **(web)** **0-444 T-344 C-198**

Fecha de fallecimiento 29 - Junio - 2026

Domicilio ~~H. Goro~~

Teléfonos: 609 820496 - ~~Perfecto~~ **(Sera)** E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1 (Expo) Ulla Medida 1'90	1121
Capilla ardiente	Complejo Patric Sala Prep. si Libro si	655 55 1895
Gestión funeraria	si ☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	X H. Goro - Complejo Apóstol	109
	VARETES X Correa 3	375
	Prensa	
	Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. 1950 Iglesia San Jacinto	46
Certificado médico	X si Registro Civil: X Sgo	3
Carroza	Personal	13270
Ayunt.º: Sepultura	X Concepción Ginerano 1732 11726 → 12:00	154
Iglesia	Capilla Complejo	369 47
Incineración	si - 21: Urna: Goro Azabache (Ex)	70
Presencia	☐ SI ☐ NO Destino	X 60 (13258)
Cantores	X Javier X Juan V	146
Flores	X Rosa RF: Tu esposo X Rosa RB: Tus hijos e hijos Políticos X Entero en una caja: Tu nieto	146 75
		3550 7530
X Sudario	X Cubredifuntos X Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO: Nombre Doña Carmen Martinez Filgueira D.N.I. Nº 33161788 C
id. de los padres Ramon Lorenzo y Pastora
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 3 - 11 - 1942
Profesión _____ Estado Casada Domicilio c/ Rodriguez de Viquei,
16- 5º C- Stgo

Fallecimiento: Fecha: 19:35 horas del día 29 de 6 de 20 26
Domicilio H. Conxo
Cementerio Crematorio Apostol Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ña. Carmen Martinez Filgueira L SEÑOR

falleció en _____ en el día de hoy a los X años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Fco y Raicamen

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ 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

ESPAÑA

APellidos / Apellidos
**MARTINEZ
FILGUEIRA**

Nombre / Nome
CARMEN

Sexo / Sexo
F

Nacionalidad / Nacionalidade
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
05 11 1942

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
05 11 1942

SEÑALADO / SEÑALADO
01 01 9999

DNI: **33161788C**

560640

FALLECIDA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
SANIN

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
PICON

NOBRE / NOME
JOSE MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
23 07 1936

IDESP
AAC104830

VALIDO HASTA / VALIDO ATÉ
01 01 9999

SPJ

DNI NÚM.
33082184L



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105937892

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. NATALIA GONZALEZ PEDROSA

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELAColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151514501

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

MARTINEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

FILGUEIRA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 03

Mes 11

Año 1942

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Sexo:

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

Número:

33161788-C

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

19:35

Día 29

Día 29

Mes 06

Mes 06

Año 2026

Año 2026

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular

Domicilio particular ☐

Centro hospitalario

Centro hospitalario ☒

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria ☐

Lugar de trabajo

Lugar de traballo ☐

Otro lugar

Outro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA CARDIORESPIRATORIA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) DISECCIÓN DE AORTA TIPO 1 DE DEBILIDAD

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿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:

Data do mesmo:

Día 00

Día 00

Mes 00

Mes 00

Año 00

Año 00

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem 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 29 de junio 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

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 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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 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 Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermedad 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 transcorrido 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

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 02

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 02

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 10

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 05

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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CARMEN MARTÍNEZ FILGUEIRA con documento identificativo DNI núm. 33161788C según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 29 de junio de 2026, a las 19:35 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, 30 de junio de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
30/06/2026 10:42

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:n6uY-r&5e-T&Nb-8bym

