

333

FALLECIDO: FELISA CASTRO LINARES

Fecha de fallecimiento 21 de Julio de 2026

Domicilio: H. Cincinco, Rua Casaco Novas

Teléfonos: 606235570 (Fecisa hija) E-mail:

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

Ass. Pwp: Manuel Lourido Santos

FALLECIDO: Nombre FELISA CASTRO LIÑARES D.N.I. Nº 33187056-B
id. de los padres JOSÉ / DORINDA
Naturaleza TORDOIA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 10 DE MARZO DE 1944
Profesión Estado VIUDA Domicilio RUA CASAS NOVAS, Nº64-D
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 21:55 horas del día 21 de Julio de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio CREMATORIO COMPLEXO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. FELISA LOURIDO CASTRO (Hija) D.N.I. 33274208-0
domiciliado en TRAVESÍA DE CACHEIRAS, Nº39-2ºD - TEO (A CORUÑA)

L SEÑOR

D/ña.

falleció en en el día de a los años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tíos 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

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33187056B

APellidos / APELLIDOS
CASTRO
LIÑARES

Nombre / NOME
FELISA

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

NACIMIENTO / NACEMENTO
10 03 1944

EMISIÓN / EMISSION
04 04 2023

VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

NUM. SOPORTE
CEV107644

Felisa Castro

877248

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CASAS NOVAS (DAS) 0064 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TORDOIA
A CORUÑA

FECHA DE / FECHA DE
JOSE / DORINDA

157711601

IDESPCEV107644933187056B<<<<<<<
4403104F9901018ESP<<<<<<<<<<<<<2
CASTRO<LIÑARES<<FELISA<<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33274208Q

APellidos / APELLIDOS
LOURIDO
CASTRO

Nombre / NOME
FELISA

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

NACIMIENTO / NACEMENTO
06 03 1967

EMISIÓN / EMISSION
19 04 2023

VALIDEZ / VALIDEZ
19 04 2033

NUM. SOPORTE
CEZ199621

Felisa Castro

018816

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
TSIA. DE CACHEIRAS 39 P02 D
TEO
A CORUÑA

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

FECHA DE / FECHA DE
MANUEL / FELISA

157711601

IDESPCEZ199621333274208Q<<<<<<<
6703060F3304190ESP<<<<<<<<<<<<<7
LOURIDO<CASTRO<<FELISA<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (hija)



106187320

Colegio de

Sello/Carimbo

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. PARLO JOSÉ LABANDEIRA GUERZA

D. / Dña.

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

A CORUÑA

, con el número
, co númeroy con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

152406043

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

FELISA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

CASTRO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

LÓPEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 10

Mes 03

Año 1944

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ PasaporteNúmero:
Número:

33487056-8

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

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

21:55

Día 21

Día 21

Mes 07

Mes 07

Año 2026

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) ACIDOSIS RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) EDEMA AGUDO DE PULMON

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

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 Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes AnoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sr ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Sr ☒ 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 Septiembre, a 29 de Julio 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anota 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 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

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 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 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 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.

REGISTRO N.º DE *Cordeoya* TOMO *2*
PAG. *238*

MATrimonio

Celebrado el día *Sie* de *Abil*
entre *Mo. Samuel de la Cruz*
Nacido el día *14* de *Octubre* de *1939*
en *Sancti Spiritus - Cordeoya*
(provincia)
hijo de *San* y de *Isabel*
domiciliado en *Sancti Spiritus - Cordeoya*
(provincia, calle, n.º)

Estado civil (1) *Soltera*
(2) *Lo cambia*



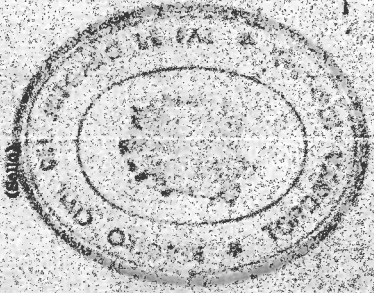
(1) Y se expresará también la nacionalidad, si no es la española.
(2) Si hubiesen otorgado capitulaciones matrimoniales, se indicará la fecha de la escritura, lugar del otorgamiento y nombre del Notario autorizante. Otras observaciones.

PUEBLO DE *Cordeoya*
PROVINCIA DE *Cordeoya*

MATrimonio

de mil novecientos *veinte y seis*
y *Melisa E. de la Cruz*
Nacida el día *10* de *Marzo* de *1944*
en *Sancti Spiritus - Cordeoya*
(provincia)
hija de *José* y de *Doña*
domiciliada en *Sancti Spiritus*
(provincia, calle, n.º)

Estado civil (1) *Soltera*



EL ENCARGADO DEL REGISTRO CIVIL,
Enrique J. de la Cruz



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de FELISA CASTRO LIÑARES con documento identificativo DNI núm. 33187056B según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 21 de julio de 2026, a las 21:55 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, 22 de julio de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
22/07/2026 16:58	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	EVA BERNARDEZ PEREIRAS	ENCARGADO



RG:c7Z6-rq96-DKht-MvH\$

