



FALLECIDO: Nombre DOLORES SENIN CASTROMAN D.N.I. Nº 35394836 K  
id. de los padres FRANCISCO Y AGUSTINA  
Naturaleza VALGA Provincia PONTEVEDRA  
Día, mes y año de nacimiento 29- JUNIO - 1940  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado CASADA Domicilio MONTES, 20 - CACHEIRAS  
TEO (A GRUNA)

Fallecimiento: Fecha: 7:07 horas del día 2 de AGOSTO de 2026  
Domicilio MONTES, 20 - CACHEIRAS - TEO  
Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ ; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. MANUEL BARRIOS MAGARIÑOS ( ESPOSO ) D.N.I. 35339541 H  
domiciliado en EL NISTIO

L SEÑOR  
D/ña. DOLORES SENIN CASTROMAN

falleció en (Vecina de Montes - Cacheiras. TEO) en el día de 21/8/2026 a los 86 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a MANUEL BARRIOS MAGARIÑOS  
Hijos JOSÉ MANUEL, ~~DOLORES~~, LOLITA, Y CARLOS BARRIOS SENIN

Hijos políticos H.º JOSÉ, ~~A~~ TONI Y MARIVÍ;

Padres NIETOS: RUBÉN Y ANDRÉS; ~~VIA~~ VÍCTOR Y DARIÓ Y ANXO;  
Abuelos NIETOS POLÍTICOS: ALE Y SANTI;

Padres políticos \_\_\_\_\_  
Hermanos ~~DE~~ MANUEL (+), MARÍA (+), SEVERINO (+)  
LOURDES (+) Y HERTINIA;

Hermanos políticos SI

Nietos \_\_\_\_\_ Bisnietos \_\_\_\_\_ Tíos \_\_\_\_\_ Sobrinos SI Primos SI  
y demás familia.- Conducción LUNES DÍA 3, A LAS 19:00 HORAS

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 / APELLIDOS**  
**SENIN**  
**CASTROMAN**

**NOMBRE / NOME**  
**DOLORES**

**SEXO / SEXO** **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**  
**F** **ESP**

**FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO**  
**29 06 1940**

**NUM SOPORT** **VALIDEZ / VALIDEE**  
**BBB188368 01 01 9999**

*Dolores Senin* **214208**

**DNI 35394836K**

**DOMICILIO / DOMICILIO**  
**LGAR. MONTES CACHEIRAS SN**  
**TEO**  
**A CORUÑA**

**15771L6D1** 

**LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO**  
**VALGA**  
**PONTEVEDRA**

**HUJIA DE / FILLOIA DE**  
**FRANCISCO / AGUSTINA**

**IDESPBBB188368735394836K<<<<<<<**  
**4006295F9901018ESP<<<<<<<<<<<<7**  
**SENIN<CASTROMAN<<DOLORES<<<<<<<**

FALLECIDA





REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



33267238S

DNI 33267238S

17344



APELLIDOS / APELLIDOS  
BARROS  
SENIN

NOMBRE / NOME  
JOSE MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO  
M ESP 22 11 1963

EMISIÓN / EMISSÃO VALIDEZ / VALIDEZ  
12 01 2024 03 08 2028

NUM SOPORTE  
CHA173444

120124

467008

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO  
LGAR. LAMAS 5  
CACHEIRAS  
TEO  
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO  
RIO JANEIRO  
BRASIL

HIJOS DE / FILHOS DE  
MANUEL / DOLORES

EQUIPO / EQUIPO  
15771L601



IDESPCHA173444033267238S<<<<<<  
6311227M2808037ESP<<<<<<<<<<<<8  
BARROS<SENIN<<JOSE<MANUEL<<<<<





Colegio de Colexio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106127696

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.  
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en  
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en  
y con ejercicio profesional en  
e con exercicio profesional en

A Coruña

, con el número  
co número

Santiago de Compostela

Colegio actual  
Colexio actual

Nº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a

151514711  
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:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento  
Data de nacemento

Día 29  
Día

Mes 06  
Mes

Año 1940  
Año

Sexo:  
Sexo:

Varón ☐  
Varón

Mujer ☐  
Muller

Documento  
de identidad:

☒ D.N.I.  
☐ Pasaporte

Número:  
Número:

35394836-V

Documento  
de identidad:

☐ Pasaporte  
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:  
Número:

Número:  
Número:

Hora y fecha de la defunción  
Hora e data da defunción

Hora : minutos  
Hora : minutos

07 : 07

Día 02  
Día

Mes 08  
Mes

Año 2026  
Año

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

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 aproximado  
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) PULMONAR CRÓNICA RESPIRATORIA

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b)

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

(c)

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) NEOPLASIA DE PANCREA

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

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 de tráfico Sí/Si ☐

Accidente laboral No/Non ☒  
Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo:  
Data do mesmo:

Día ☐  
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 de a 2 de agosto de 2026  
 En Compostela a de de

Firma del médico  
 Sinatura do médico

*[Firma manuscrita]*

**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

I

**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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
 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 Días Meses Años

II

**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 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 pola **causa Inmediata** 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:** "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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
 Horas Días Meses Años

I

**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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
 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 Días Meses Años

II

**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 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 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.

## Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

### Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

### Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcurridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

### Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

## LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Téndose inscrito no Rexistro Civil de  
la defunción de don DOLORES SENIN CASTROMAN  
a defunción de don/a  
ocurrida a las  
ocorrida ás

de 07: 07 horas del día 2  
de AGOSTO de 2026

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do fallecimiento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las <sup>12</sup>veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.  
12 ~~veinticuatro~~ horas do falecemento

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Rexistro Civil de

A 2 de AGOSTO  
O 2026  
de



*[Handwritten signature]*

(B) *[Handwritten signature]*  
A LEINADIA

