

OTROS CONCEPTOS

libro por cada uno. Con cargo las compañías.
PAGA web
= 2 personas
EXCER (ver el Banco: PAGADOS EXCER TPV)

FALLECIDO: SACRAMENTO VICTORIA, PERIANES DELGADO
ST 498
W55

Fecha de fallecimiento 28. DICIEMBRE - 2023

Domicilio H. CONVO. SANTIAGO (Avda de Lugo, Santiago)

Teléfonos: 646.76.16.47 (Hoy) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Redonda C-1 Medida 1'30.	
Capilla ardiente	PANTERIAS Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO	
	Vienes 16 NO Radio NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	BAJA Recepción sociedad de taxi	
Certificado médico	Si	
Registro Civil	SANTIAGO	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	ANDAZAO NO	
Iglesia	Capilla COMPLETO	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	
Destino	VENTURA	
Funeral	VENTURA	
Cantores	FAMILIA	
Flores	CRUZ FLORER BUNCAS: SIN CINTA. 160	
	(GRANDE)	
☒ Sudario ☐ Cubrefúnebre ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre SACRAMENTO VICTORIA, PERIANES DELGADO D.N.I. Nº 33022648 F
id. de los padres MARTÍN Y MARÍA DEL CARMEN
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 27 - MAYO - 1932
Profesión _____ Estado VUDA Domicilio AVDA DE LUCA 103-2ºJ
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 7¹⁰ horas del día 28 de DICIEMBRE de 20 23
Domicilio HOSPITAL DE OXTO - SANTIAGO
Cementerio SAN MARTÍN DE ANDAZAO Ayunt.º BOIMORTO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. JOSÉ FERNÁNDEZ CALVO (HIJO POLÍTICO) D.N.I. 76619239 Y
domiciliado en RUA ARCEBISPO XELTIDREZ, 1 - 4º C - VILAGARCÍA DE AROUSA

D/ña. DOÑA MENTO PERIANES DELGADO
(VIUDA DE MANUEL TABOADA NÚÑEZ)
~~L SEÑOR~~

falleció en _____ en el día de 28/12/2023 a los ~~X~~ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos MANUEL, CARMELA, M.ª JESÚS Y MARIBEL;

Hijos políticos ALLENDE, CÁNIDO, JOSÉ X Y ANTONIO;

Padres NIETOS: MANUEL, CARMEN, IRENE, EUGENIA,

Abuelos CECILIA Y MARTINA;

Padres políticos _____

Hermanos NO

Hermanos políticos y demás familia.

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

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



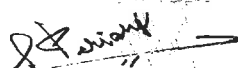
APELLIDOS / APELIDOS
PERIANES
DELGADO

NOMBRE / NOME
SACRAMENTO VICTORIA

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

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
27 05 1932

NUM BOPORT **VALIDEZ / VALIDEZ**
BCC192925 01 01 9999

DNI 33022648F  **098944**

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. LUGO 103 P02 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



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



NUMERO / EQUIPO **36961L6D1**

HAJDA DE / FILLOA DE
MARTIN / MARIA DEL CARMEN

IDESPBC192925533022648F<<<<<<
3205275F9901018ESP<<<<<<<<<<<3
PERIANES<DELGADO<<SACRAMENTO<V



DNI 76619239Y

052160



IDESPBBY116253276619239Y<<<<<<
 6701217M2607182ESP<<<<<<<<<9
 FERNANDEZ<CALVO<<JOSE<<<<<<<<

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



https://certificados.cgcom.es

REROEV06JT

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

105183140

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Inés Álvarez Lozano

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

A Coruña

Santiago de Compostela

con el número
co número

Colegio actual

151513812

Nº de colegiado/a

151513812

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

SACRAMENTO VICTORIA

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

PERIAÑES

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

DELGADO

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 27

Día 27

Mes 05

Mes 05

Año 1932

Año 1932

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

33022648-F

33022648-F

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

☐ 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

07:10

07:10

Día 28

Día 28

Mes 12

Mes 12

Año 2023

Año 2023

¿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 aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) FALCLO MULTITONGANUCO

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) DETENCIÓN COGNITIVO AVANZADO

II. Otros procesos / Outros procesos

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Si/Si No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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 Si/Si

Accidente laboral No/Non
Accidente laboral Si/Si

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de *Sacramento Victoria Perianes Delgado* con documento
identificativo DNI, *33022648 F* según la certificación facultativa presentada, que constata
la fecha de la muerte *28* de *diciembre* a las horas, acaecida en *Santiago*
07:10

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una
vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a *28* de *diciembre* 2023.

