## OTROS CONCEPTOS

SIMP. 129 TPV
ENCRO (Var 2) 74'80 € PAGADO LUCIA, HIJAS Y NIETAS

...IRO 18 ROSAS BL' CON CARIÑO COLEGIO DIVINO MAESTRO
981 52 22 89

...CTURA A: DIVINO MAESTRO FUNDACIÓN EDUCATIVA
CIF: R 2802621 I RUA BLANCO NÁGERA, 2 15706 - STGO
administracion@divinomaestrodesantiago.com

...NTRO MOD 1 BLANCO PAGADO COOPERADORES SEGLARES DIVINO MAESTRO TPV
HERMANA MARIBEL SIMPLI 136

ST-44
ST-30

FALLECIDO: Manuela Preciado Ochoa WEB

Fecha de fallecimiento 14 - Enero - 2024

Domicilio c/ Blanco Nágera, 2 - (Divino Maestro)

Teléfonos: 660974141 - Hna Carmen E-mail:

| CONCEPTOS | Servicio prestado |
| --- | --- |
| Arca modelo C-1 - Ulla Medida 1'90 | |
| Capilla ardiente Cervantes Sala Prep. si Libro No | |
| Gestión funeraria si ☐ Tramitación UUVV | |
| Carroza traslado Domicilio al Complejo | |
| Prensa — Lunes 16³⁰ | |
| Radio — | |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas — | |
| Ómnibus acompañamiento — | |
| Turismo id. Sale al Complejo | X |
| Certificado médico Si Dr Casais Compañía Arenal Registro Civil: Stgo | |
| Carroza Personal | |
| Ayunt.° Sepultura Sepultura Boisaca - Nº37 González | |
| Iglesia Capilla Complejo | |
| Incineración Urna: | |
| Presencian ☐ SI ☐ NO Destino | |
| Cantores Funeral: Chevere (No cobra) | |
| Flores Corona: Misioneras del Divino Maestro | |
| Tuchinas - | |
| ☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario | |

FALLECIDO:

Nombre Manuela Preciado Ochoa D.N.I. Nº 15648315-N

id. de los padres Dionisio y Benita

Naturaleza Cadreita Provincia Navarra

Día, mes y año de nacimiento 21-Febrero-1938

Profesión Religiosa Estado Soltera Domicilio c/ Dr Blanco Nágera, 2 Santiago

Fallecimiento:

Fecha: 09:55 horas del día 14 de Enero de 2024

Domicilio c/ Nágera Blanco, 2 - (Divino Maestro)

Cementerio Boisaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

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 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

FALLECIDA

SOLICITANTE

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

GW09FCXNHO

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de A CORUÑA *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

105197165

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. *D. / Dna.* JOSE CASAIN SUDE

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número *co número*

Colegio actual / *Colexio actual*: 15 — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 0 5 6 8 2 0 — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

y con ejercicio profesional en *e con exercicio profesional en* SANTIAGO DE COMPOSTELA

**CERTIFICO la defunción de /** ***CERTIFICO a defunción de***

**Nombre del fallecido/a:** ***Nome do falecido/a:*** MANUELA

**1er Apellido del fallecido/a:** ***1er Apelido do falecido/a:*** PRECIADO

**2º Apellido del fallecido/a:** ***2º Apelido do falecido/a:*** OCHOA

**Fecha de nacimiento** ***Data de nacemento*** — Día *Día* 21 — Mes *Mes* 02 — Año *Ano* 1938

**Sexo:** ***Sexo:*** Varón *Varón* [ ] — Mujer *Muller* [X]

**Documento de identidad:** ***Documento de identidade:***

[X] D.N.I. *D.N.I.* — Número: *Número:* 15624831—N

[ ] 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* 09:55 — Día *Día* 14 — Mes *Mes* 01 — Año *Ano* 2024

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

Domicilio particular *Domicilio particular* [X] — Centro hospitalario *Centro hospitalario* [ ] — Residencia socio-sanitaria *Residencia socio-sanitaria* [ ] — Lugar de trabajo *Lugar de traballo* [ ] — Otro lugar *Outro lugar* [ ]

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluido.*

**Causas de defunción** (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

| | Causa | Horas / *Horas* | Días / *Días* | Meses / *Meses* | Años / *Anos* |
|---|---|---|---|---|---|
| **I.** Causa inmediata[2] / *Causa inmediata*[2] (a) | PARADA CARDIORESPIRATORIA | | | | |
| Debido a/*Debido a* — Causas intermedias[3] / *Causas intermedias*[3] (b) | | | | | |
| Debido a/*Debido a* (c) | | | | | |
| Debido a/*Debido a* — Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental*[4] (d) | ENFERMEDAD RENAL CRONICA | | | | |
| **II.** Otros procesos[5] / *Outros procesos*[5] | | | | | |

**¿Ha habido indicios de muerte violenta? /** ***Houbo indicios de morte violenta?*** Sí/*Si* [ ] No/*Non* [X]

**¿Se practicó autopsia clínica? /** ***Practicouse autopsia clínica?*** Sí/*Si* [ ] No/*Non* [X]

**¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: /** ***A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:***

Accidente de tráfico *Accidente de tráfico* No/*Non* [ ] Sí/*Si* [ ] — Accidente laboral *Accidente laboral* No/*Non* [ ] Sí/*Si* [ ] — Fecha del mismo: *Data do mesmo:* Día *Día* — Mes *Mes* — Año *Ano*

Continúa al reverso
*Continúa ao reverso*

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* ______

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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/*En* SANTIAGO, a/*a* 15 de/*de* ENERO de/*de* 2024

Firma del médico/*Sinatura do médico*

410483
DR.JOSE LUIS CASAIS GUDE 15/05682.0

## 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: 45 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: 3 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: 2

*(c) Pielonefritis crónica* debido a ↓ — Horas: __ Días: __ Meses: __ Años: 2

**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: 5

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: 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.

## *Instrucións básicas de Certificación:*

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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 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 defunción, de tal forma que o 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: __ Días: 45 Meses: __ Anos: __

*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.*

*Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral* debido a ↓ — Horas: 3 Días: __ Meses: __ Anos: __

***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).*

*Exemplo: (b) Hipertensión arterial* debido a ↓ — Horas: __ Días: __ Meses: __ Anos: 2

*(c) Pielonefrite crónica* debido a ↓ — Horas: __ Días: __ Meses: __ Anos: 2

***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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.*

*Exemplo: (d) Adenoma prostático* — Horas: __ Días: __ Meses: __ Anos: 10

*II*

***5 Outros procesos:***

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

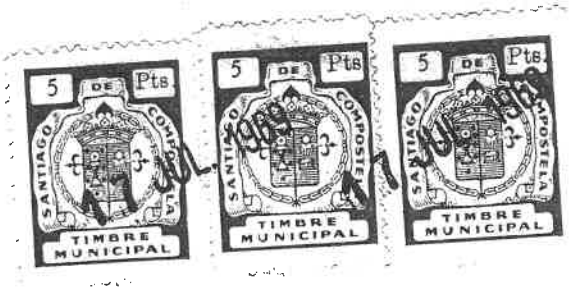
*Exemplo: Diabete* — Horas: __ Días: __ Meses: __ Anos: 5

***Outras 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.*

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA




# El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

*Por cuanto,* Madre Blanca, doña Maria Pérez Rodriguez en representación Institución Religiosa Misineras Divino Maestro *ha satisfecho la cantidad de* CUATROCIENTAS CINCUENTA.------ *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para adquirir el derecho de propiedad de la sepultura en* tierra *de* tercera *clase del Cementerio municipal de* Boisaca. *número* treinta y siete(37)

*Por tanto, se concede* a Madre Blanca, Maria Pérez Roguez en repsentación Institución Religiosas Misineras Divino Maestro. *el derecho de propiedad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el día* -------veintinueve *de* setiembre---- *de mil novecientos* sesenta y seis.- *con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autorización de la Alcaldia, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.*

*En los casos de traslación de dominio por herencia, venta o donación, debe darse conocimiento a la Excma. Corporación Municipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será reconocido el nuevo dueño.*

*Queda registrado este Titulo al folio* -37. *del Libro correspondiente.*
*Palacio municipal de Santiago de Compostela, a* veintinueve *de* Abril *de mil novecientos* sesenta y nueve.-.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE, EL SECRETARIO,

**Título de propiedad de la sepultura en** tierra **de** tercera
**clase del Cementerio Municipal de** Boisaca.
**señalado con el número** treinta y siete(37)

La Delegada de la A.E.A.T.

Carmen de la Fuente Serrano

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

Agencia Tributaria
www.agenciatributaria.es

## TARJETA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

Número de Identificación Fiscal **Definitivo**

**R1500137C**

Denominación o Razón Social **CASA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA-MISIONERAS DEL DIVINO MAESTRO**

Anagrama Comercial.

Domicilio Social

Domicilio Fiscal **CALLE SANTA MARTA DE ARRIBA, S/N**
**15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA - (CORUÑA, A)**

Administración de la AEAT **15079 SANTIAGO**
Fecha N.I.F. **Definitivo:** **16-03-1990**

Código Electrónico: **F4DF70CBA63CF905**

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

**MINISTERIO**
**DE JUSTICIA**

## LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MANUELA PRECIADO OCHOA , con documento identificativo DNI, 15648315N según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 14 de enero de 2024 a las 09:55 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

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 15 de enero 2024 .

| FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO | DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN | FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR | CARGO DEL FIRMANTE |
|---|---|---|---|
| 15/01/2024 12:17 | https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad | Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública | ENCARGADO |

RG:vRY9-e$mU-7cw6-XCZ2