

OTROS CONCEPTOS

ENTRO (18 R. B. PAGADO TPV TOJO, DINA Y MARTIN •

FALLECIDO: JOSÉ MANUEL IGLESIAS RIAL SF-61 ST-46

Fecha de fallecimiento 21- ENERO - 2024

Domicilio HOSPITAL CÍRICO / RICALGATOS, Pº 17.

Teléfonos: 692 100 140 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo CA	Medida 1'90	1090
Capilla ardiente CORP CAVALIERES Sala Prep. Si	Libro X Si	6284 53 2410
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	170
Carroza traslado X HOSPITAL - COMPLEJO		105
LUNES 17:00		
Prensa NO	X 1 Trifa Puera	
Radio NO	X Esquela Domingo	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO	X M. González	80
Turismo Baniere id. X Calzada S. Pedro 16 (16:30h)		45
Certificado médico X Si	X Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza Si	Personal Si	120 / 127
Ayunt.º: Sepultura BOLACA NICHOS 439		
Iglesia X CARILLA COMPLEJO		149
Incineración —	Urna: —	
Presencias ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores NO	Funeral X Don Joaquín	60 (69648)
Flores X Coronas R.R. "TU ESPOSA" 50 ROSAS		155
X Coronas R.B. "Tu hijo e hija política" 50 ROSAS		155
X Centro J.R.B. "TU NIETO DAVID" • (ENCIMA CASA)		80
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		3410 7210 640

*X DAR DNI Y TIT. DE SEPULTURA A LA FAMILIA.

FALLECIDO: Nombre JOSE DANUEL IGLESIAS RIAL D.N.I. Nº 33 228 398-E
id. de los padres JOSE / MARIA
Naturaleza TOURO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 05 JUNIO - 1955
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA DOS LAGARTOS
[Nº 17 SANTIAGO]

Fallecimiento: Fecha: 21:42 horas del día 21 de ENERO de 20 24
Domicilio HOSPITAL CLINICO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Maria Nieves Tome Cruz (Esposa) D.N.I. 33224565-F
domiciliado en Rua dos lagartos, 17 - Santiago

L SEÑOR

D/ña. _____

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

Su esposo/a ESQUELA GENERAL (para la entrega del título)
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



https://certificados.cgcom.es

G56W9HAAX4

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

104958789

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. CARMEN SANDRA LÓPEZ SORDO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

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

151510610

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:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 05

Mes 06

Año 1955

Sexo:

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

Número:

Número: 88228398-E

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

Día 21

Día 21

Mes 01

Mes 01

Año 2024

Año 2024

¿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 ¹I. Causa inmediata ² / Causa inmediata ²

(a) PANADA CAZODIOL RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Causas intermedias ³ / Causas intermedias ³

Debido a/Debido a

(b)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental ⁴ / Causa inicial ou fundamental ⁴

(d) HIPONATREMIA SEVERA

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos ⁵ / Outros procesos ⁵

HIPONATREMIA SEVERA

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

Sí/Si ☐

Accidente laboral

Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día

Mes

Año

Data do mesmo: Día

Mes

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, a 21 de agosto de 2024

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

☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
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

☐ ☐ ☐ ☐ 6
Horas Días Meses Años

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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 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 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 transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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 a I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, 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

☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ MANUEL IGLESIAS RIAL
, con documento identificativo DNI, 33228398E según la
certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte EL 21 DE ENERO
DE 2024 a las 21:42 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 22 de ENERO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
22/01/2024 12:37

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y
Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:E95F-gBCK-e\$RV-EgHg



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA



El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, doña Florentina Mansilla e hijo
Angel. ha satisfecho la cantidad de
DIEZ MIL. - - - - - pesetas, como
precio fijado por dicha Corporación para adquirir el derecho de pro-
piedad de la sepultura en nicHO de primera.-
clase del Cementerio municipal de Boisaca.
número cuatrocientos treinta y nueve.- (439)

Por tanto, se concede a doña Florentina Mansilla
e hijo Angel.-
el derecho de propiedad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo
adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayun-
tamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el día
doce de febrero
de mil novecientos setenta.-
con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autorización
de la Alcaldía, 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 Excmo. Corporación Municipal, presen-
tando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será reconocido
el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio (439) del Libro correspondiente.

Palacio municipal de Santiago de Compostela, a veintiuno de Febrero
de mil novecientos setenta.-

EL ALCALDE,

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:



EL SECRETARIO,

Título de propiedad de la sepultura en nicHO de primera.-
clase del Cementerio Municipal de Boisaca.-
señalado con el número cuatrocientos treinta y nueve (439)

