

OTROS CONCEPTOS

PARTICULAR

FALLECIDO: JESUS MANUEL MARIA MAREQUE SC-39
ST-27
SC-16

Fecha de fallecimiento 13 - ENERO - 2024

Domicilio HOSPITAL DE CONCHO - ANA

Teléfonos: ESPASA. 676343552 E-mail: genoveva.dobella@gmail.com

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo <u>CP (CONCHO B18 ECO)</u> Medida <u>1'90</u> . <u>765</u>	
Capilla ardiente <u>Camilo Cervantes</u> Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>NO</u>	
Gestión funeraria <u>Si</u> ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>X Hospital concho - Concho</u>	
<u>Domingo</u> Prensa <u>NO</u> Extensión <u>Parapassos</u>	
<u>13:00</u> Radio <u>NO</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>	
Turismo <u>Barrio id Recoger en S. Cayetano</u>	
Certificado médico <u>X Si</u> Registro Civil: <u>SANTIAGO</u>	
Carroza <u>a Conchento</u> Personal <u>Si</u> <u>180</u>	
Ayunt.: Sepultura <u>San Vicente de Boqueixón (MARTES)</u> <u>X Victor Carras</u>	
Iglesia <u>X Capilla concho</u>	
Incineración <u>Si</u> Urna: <u>BASICA</u>	
Presencia ☐ SI ☐ NO Destino <u>SAN VICENTE DE BOQUEIXÓN (Fran Buide)</u>	
Cantores <u>NO</u> Funeral <u>X D. Victor</u>	
Flores <u>NO FLORES</u>	
<u>NO RECIBEN DUERO</u>	
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

Panteón
→ Familia Mareque
(sin puerta)

Armas Mareque Mareque → Urna para enterrar con Jesús Mareque
en urna el domingo

FALLECIDO: Nombre JESÚS MANUEL MARÍA MAREQUE MAREQUE D.N.I. Nº 33.165.015-6
id. de los padres JESÚS / ESTRELLA
Naturaleza BOQUEIXÓN Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 25 - ENERO - 1937
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio TRAVESA DO CENDAL
Nº 5, B SANTIAGO DE COMPOSTELA
Fecha: 05:05 horas del día 13 de ENERO de 2024
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL DE CONXO
Cementerio INCINERACIÓN COMPLEJO APOSTOL SANTIAGO 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 X años
confortado con los Auxilios Espirituales _____
Su esposo/a ESQUELA EN GALEGO
Hijos GENERAL "TU FAMILIA"
Hijos políticos _____
Padres NO RECIBEN DUELO
Abuelos _____
Padres políticos NO RECIBEN FLORES
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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
MAREQUE

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
MAREQUE

NOMBRE / NOME
JESUS MANUEL MARIA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
25 01 1937

IDEP
ACT134571

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33165015G

Manuel



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
DOQUEIXON

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
A CORUÑA

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
JESUS / ESTRELLA

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. COIMBRA 28 P02 DCHA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPACT134571233165015G<<<<<<<<
3701250M9901018ESP<<<<<<<<<<<<8
MAREQUE<MAREQUE<<JESUS<MANUEL<

FALLECIDO

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
DIAZ BELLO

NOMBRE / NOME
MARIA GENOVEVA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
31 12 1950

NUM SOPORT : VALIDEZ / VALIDEZ
BCE139056 16 09 2026

DNI **76394293T**

G. Diaz

953792



DOMICILIO / DOMICILIO
TSIA. CENDAL (DO) 0005

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
CEDEIRA

A CORUÑA

HIJOA DE / FILLOA DE
JESUS / TERESA

IDESPBCE139056376394293T<<<<<<<<
5012310F2609164ESP<<<<<<<<<<<<0
DIAZ<BELLO<<MARIA<GENOVEVA<<<<

SOLICITANTE (ESPOSA)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

VWKWFMZJCB

Id. electrónico/Ide. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105426180

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

NOELIA SENDE MUNIN

A CORUÑA

SANTIAGO

, con el número
, co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151510396

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:

JESUS MANUEL MANIA
MANEQUE
MANEQUE

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 25

Mes 01

Año 1937

Sexo:

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

33165015-6

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

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

05:05

Día 13

Mes 01

Año 2024

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

SANTIAGO

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) FALLO MULTISISTÉMICO
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b) SEPSIS RESPIRATORIA
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses Años(c) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) PNEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵INSUFICIENCIA RENAL
MIOCARDIOPATÍA DILATADA
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 13 Mes 01 Año 2024
Data do mesmo: Día 13 Mes 01 Ano 2024Continúa 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 13 de 07 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

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ 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.

Instrucciones 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 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 ao 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

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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, anotarase 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.

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 transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

Regulamento 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 falemento, 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 estende-la 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 JESÚS MANUEL MARTA HAREGAJE HAREGAJE
a defunción de don/a
ocurrida a las 5.05
ocorrida ás

horas del día 13
horas do día
de Enero de 2024

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 veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.
vintecatro horas do fallecimiento

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de

A 13 de Enero
O 2024 de

(El Juez)
(O xuíz)



1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

1890

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: COMPLEXO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.
Ubicación del establecimiento: SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: ADRIÁN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ	DNI: 45873033Q
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: JESÚS MANUEL MARÍA MAREQUE MAREQUE		Nacionalidad: ESPAÑOLA	
Dni/Pasaporte: 33165015G	Sexo: HOMBRE	Edad: 86	Fecha nacimiento: 25 DE ENERO DE 1937
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 13 DE ENERO DE 2024 A LAS 05:05 HRS. EN SANTIAGO			
Causa fallecimiento: FALLO MULTIORGÁNICO – SEPSIS RESPIRATORIA – MIOCARDIOPATÍA DILATADA			
Destino final: CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL SANTIAGO			

Siendo las 13:30 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☐ Conservación transitoria:
- ☐ Refrigeración
- ☐ Congelación
- ☐ Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 13 de enero de 2024

El profesional que realiza la técnica

ADRIÁN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

45873033-Q

TANATOPRÁCTOR

12/16/0003778/SANPO108

Adrián Jiménez Rodríguez
45873033Q

Sello, nombre y Firma Representante de empresa



**Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.**

CIF: B15657901

Rúa Boisacal, 11

15890 Santiago de Compostela

☎ 24 HORAS: 981 58 00 69

José Domínguez Pérez
33200436M

