## OTROS CONCEPTOS

(web)

FALLECIDO: ISOLINA SANMIGUEL IGLESIAS SF: 172 ST: 127

Fecha de fallecimiento 8 - MARZO - 2024

Domicilio PLAZA DE LEÓN, 3. 2-D

Teléfonos: 600828805 (Hijo) JUAN MANUEL E-mail:

| CONCEPTOS | Servicio prestado |
|---|---|
| Arca modelo 130 ALTAIRA Medida | |
| Capilla ardiente SALA CERVANTES Sala Prep. SI Libro NO | |
| Gestión funeraria SI ☐ Tramitación UUVV | |
| Carroza traslado X DOMICILIO - COMPLEJO | |
| Prensa NO | |
| Radio NO | |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas NO | |
| Ómnibus acompañamiento | |
| Turismo id. X Pancho Recoger en casa 15:40 | |
| Certificado médico X SI Registro Civil: X SANTIAGO | |
| Carroza Personal | |
| Ayunt.º: Sepultura BOISACA SEP 3660 | |
| Iglesia CAPILLA COMPLEJO | |
| Incineración Urna: | |
| Presencian ☐ SI ☐ NO Destino | |
| Cantores NO Funeral: X JUAN VENTURA X 60 (78208) | |
| Flores: Pedir CORONA R.B. "TU FAMILIA" | |
| ☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario | |

NO Lapida - Reforzar - Cruz 300

16:00 SABADO

TARDE

FALLECIDO:

Nombre JOSEFINA SANMIGUEL IGLESIAS D.N.I. Nº 33177849-G

id. de los padres JOSE Y CONSUELO

Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 4 - ABRIL - 1942

Profesión Estado CASADA Domicilio PLAZA DE LEÓN, 3 - 2º D SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 09:00 h horas del día 8 de MARZO de 2024

Domicilio SU DOMICILIO

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. JUAN SALVADO SÁNCHEZ ( ESPOSO ) D.N.I. 33177327-B

domiciliado en PLAZA DE LEÓN, 3 - 2º D - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña.

falleció en en el día de a los 81 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

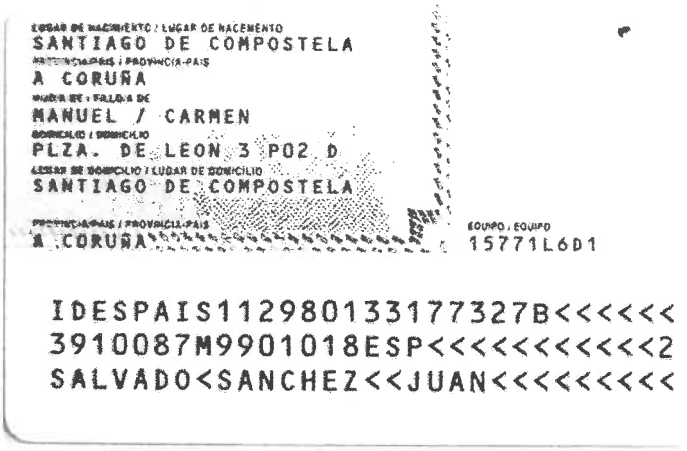
en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

FALLECIDA




SOLICITANTE ( ESPOSO)

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

25 Pts. 1979
EXCMO. AYUNTAMIENTO - DEPOSITO

# El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

*Por cuanto,* D. Juan Salvado Sánchez y esposa Dª Isolina Sanmiguel Iglesias *ha satisfecho la cantidad de* DOS MIL OCHOCIENTAS NUEVE (2.809) *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a perpetuidad de la sepultura en* tierra *de* tercera *clase, número* 3660 *, del Cementerio Municipal de Boisaca.*

*Por tanto, se otorga a* D. Juan Salvado Sánchez y esposa Dª Isolina Sanmiguel Iglesias *la concesión a perpetuidad 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* veintitres *de* Febrero *de mil novecientos* setenta y nueve *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 transmisión de la concesión 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 Título al folio* 3660 *del Libro correspondiente.*

*Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a* siete *de* Marzo *de mil novecientos* setenta y nueve.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE, EL SECRETARIO GENERAL,

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en** tierra **de** tercera **clase, señalada con el número** tres mil seiscientos sesenta **del Cementerio Municipal de Boisaca.**

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

BLPSY8H9TQ

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

105196310

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
*CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. 51620820 DR. JA. VELEZ
*D. / Dna.*
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
*en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en, co número*
y con ejercicio profesional en SANTIAGO
*e con exercicio profesional en*

Colegio actual / *Colexio actual*: A Coruña
Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15007299
1ª colegiación / *1ª colexiación*

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

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

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

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

**Fecha de nacimiento** / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 04 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 1942

**Sexo:** / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* ☐ — Mujer / *Muller* ☒

**Documento de identidad:** / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33177849-G
- ☐ 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* 09:00 — Día / *Día* 08 — Mes / *Mes* 03 — Año / *Ano* 2024

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

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**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

**I. Causa inmediata**[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) HEMORRAGIA DIGESTIVA ESPONTANEA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

**Causas intermedias**[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

**Causa inicial o fundamental**[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) SENILIDAD ENF. DE ALZHEIMER — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

**II. Otros procesos**[5] / ***Outros procesos***[5]

DEMENCIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

**¿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 / *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*

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

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* SIGO, a / *a* 8 de / *de* MARZO de / *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 ☐☐ Días 4 5 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 1 0

**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 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.*

*Exemplo:*

*Para mes e medio, anotar 45 días* — Horas ☐☐ Días 4 5 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 1 0

*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.*

**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** ISOLINA SANMIGUEL IGLESIAS
**a defunción de don/a**
**ocurrida a las** 9:00
**ocorrida ás**
**horas del día** 08
**horas do día**
**de** MARZO **de** 2024
**de** **de**
**según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa**
**segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa**
**del fallecimiento:**
**do fallecemento**
**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~~** DOCE **horas siguientes a la del fallecimiento.**
**vintecatro horas do fallecemento**

**Registro Civil de** SANTIAGO DE COMPOSTELA
**Rexistro Civil de**

**A** 08 **de** MARZO
**O** **de**
**de** 2024
**de**

LAJ
~~(El Juez)~~
~~(O xuíz)~~

XULGADO DE INSTRUCIÓN 2
FE PÚBLICA XUDICIAL
SANTIAGO