

OTROS CONCEPTOS

CASE 40RB: Antonio Pinal y Menta (40 E - Ave)
efectivo recp.

2 CUERPOS OCUPADOS. // recoger restos.
LAPIDA.
JUANNA TABOADA REBOREDO. 19/Diciembre/2010.
~~JUANNA TABOADA~~
JUAN RABÓN SALGADO TABOADA 5/Ago 2011.

FALLECIDO: AVELINO SALGADO TABOADA.
Fecha de fallecimiento 9- April - 2024.
Domicilio Hospital Cívico (Paruel)
Teléfonos: 690204558 (Sobino). E-mail: mregala@gmail.com
PARTICULAR
ST: 188

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C2.	Medida	1'90. 1090
Capilla ardiente	PANTEFÍAS	Sala Prep.	Si Libro X Si
Gestión funeraria	X Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	X Hospital Cívico - COMPLEJO.		
Prensa	X COMPLEJO, 3		
Radio	NO.		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—		
Ómnibus acompañamiento	—		
Turismo	Boat id. Carra		
Certificado médico	X Si	Registro Civil:	X SANTIAGO
Carroza	X	Personal	
Ayunt.º Sepultura	BORSACA, SEP 52.99		
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO.		
Incineración	—	Urna:	—
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	X JUAN VENTURA (75913)
Cantores	—	Funeral:	X
Flores	Flores LA PATICIA.		

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre AUELINO SALGADO TABOADA D.N.I. Nº 83153536-W
id. de los padres CANDIDO / CESARINA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 4 - JUNIO - 1945
Profesión _____ Estado SOLTERO Domicilio C/ SANTO DOMINGO DE LA CALZADA, Nº 5, 4ª Dcha.

Fallecimiento: Fecha: 10:55 horas del día 9 de ABRIL de 20 24
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ta. AUELINO SALGADO TABOADA EL SEÑOR (vecino de Santiago)
Jubilado de Penosa

falleció en _____ en el día de _____ a los 78 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos DANIA CONCEPCIÓN y JOSÉ ANTONIO SALGADO TABOADA

Hermanos HERNANA POLITICA; ROSARIO COUSELO (viuda de Luis Salgado)

Hermanos políticos MANUEL, FERNANDO, JESÚS, Rabier, María del Portal y Borja

Sobrinos políticos; Si después de Sobrinos

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos; Si _____ Sobrinos _____ Primos Si _____

y demás familia.- Conductión _____ Binobrininos: Si _____

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
SALGADO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
TABOADA
NOMBRE Y APELLIDO
AVELINO
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
04 06 1945
IDESP
ABA137753
VALIDO HASTA / VALIDO ATÁ
09 01 2018

STV

DNI NÚM.
331 536W



DOMICILIO / DOMICILIO
ARGO DE COMPOSTELA
APELLIDO Y NOMBRE
CORUÑA
NOMBRE DE PÁGINA DE
CANDIDO / CESARINA
DOMICILIO / DOMICILIO
C. STO DOMINGO CALZADA 5 P06 0
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
15771L601

IDESPABA137753333153536W<<<<<<<
4506049M1801097ESP<<<<<<<<<<<<<7
SALGADO<TABOADA<AVELINO<<<<<<<<

FALLECIDO

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI **33284440J**

APELLIDOS / APELIDOS
REQUEIJO
SALGADO
NOMBRE / NOME
JOSE MANUEL
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
NACIMIENTO / NASCIMENTO
18 09 1968
EMISIÓN / EMISSÃO VALIDEZ / VALIDADEZ
17 09 2021 17 09 2031
NÚM. BOFOTO
CAL130665

894784

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO / DOMICILIO
C. REPUBLICA SALVADOR 30 P06 C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJO DE / FILHA DE
JOSE / MARIA CONCEPCION

IDESPCAL130665633284440J<<<<<<<
6809180M3109177ESP<<<<<<<<<<<<<9
REQUEIJO<SALGADO<<JOSE<MANUEL<

SOLICITANTE (SOBRINO)

OMC

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

PEH76VJMKH

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105197529

Nº Certificado/Nº certificado



D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e cón exercicio profesional en

Mauro Trincado Ave

A Coruña

Santiago de C.

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

150502529

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

A VELINO

1º Apellido del fallecido/a:

SALGADO

1er Apellido do falecido/a:

TABOADA

2º Apellido del fallecido/a:

TABOADA

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 04

Mes 06

Año 2019

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Data de nacemento

Día 04

Mes 06

Año 2019

Sexo:

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

Número:

33153536-W

Documento

☐ Pasaporte

Número:

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 : minutos

10:55

Día 09

Mes 04

Año 2024

Hora e data da defunción

Hora : minutos

10:55

Día 09

Mes 04

Año 2024

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

Domicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro lugar ☐

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de traballo

Outro 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) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

01 00 00 00
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(b) Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(d) Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) MIOCARDIOPATIA DILATADA NO ISQUEMICA

00 00 04 00
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas 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

Sí/Si ☐

Accidente laboral

Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día 09

Mes 04

Año 2024

Data do mesmo: Día 09

Mes 04

Año 2024

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Si ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Sept a 9 de abril de 2019

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotar 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 ☐ ☐

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 ☐ ☐

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 pela **causa Imediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dizer, 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 Defunção.

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 defunção, 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 dizer, 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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.

SELLO MUNICIPAL 3 .100
-3/-2'95 M00DA0023 TOTAL5 .100
12:48

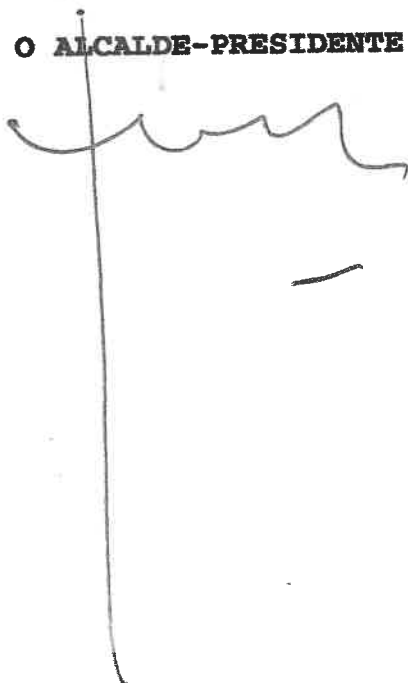
T I T U L O D E C O N C E S I O N

Da Sepultura N^º 5.239, ubicada no treito A, sección 2, fila 10, n^º de orde 6^º , no cemiterio municipal de Boisaca a nome de DA. CESARINA TABOADA REBOREDO E FILLOS: DA. CONCEPCION, D. JOSE ANTONIO, D. JESUS, D. AVELINO, DA. TERESA, D. CANDIDO E D. JUAN RAMON SALGADO TABOADA.-----

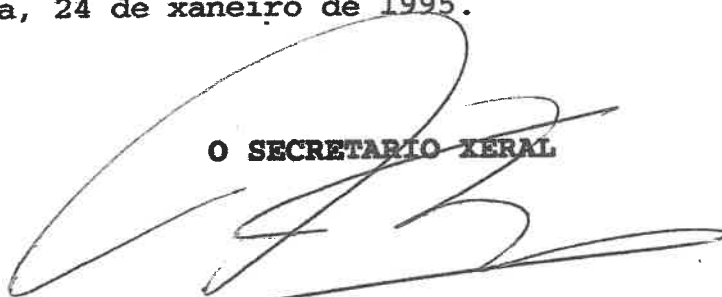
Concedida por Decreto da Alcaldía con data 23 de xaneiro de 1995, coa facultade de usa-la sepultura cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 24 de xaneiro de 1995.

O ALCALDE-PRESIDENTE



O SECRETARIO XERAL



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de AVELINO SALGADO TABOADA
, con documento identificativo DNI, 331535362 según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 09 DE ABRIL 2024
a las 10:55 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 10 de ABRIL 2024 .



