## OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: DANIEL FERNANDO MENGHI

Fecha de fallecimiento 2 - JULIO - 2024

Domicilio HOSPITAL CLÍNICO

Teléfonos: Fernanda 605883385 E-mail:

ST: 337
SC: 209

GENERALI 607243 360212 (579638

| CONCEPTOS | Servicio prestado |
|---|---|
| Arca modelo ..... Medida ..... | 854'38 |
| Capilla ardiente Cámara Sala Prep. ..... Libro ..... | 72 x 53 |
| Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV ..... | 170 |
| Carroza traslado HOSPITAL CLÍNICO - COMPLEJO APÓSTOL | 105'90 |
| Miércoles 10:00 Prensa | |
| Radio | |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas | |
| Ómnibus acompañamiento | |
| Turismo ..... id. ..... | |
| Certificado médico X Si Registro Civil: X SANTIAGO | 3 |
| Carroza ..... Personal ..... | 175'40 |
| Ayunt.º: Sepultura | |
| Iglesia | |
| Incineración Si Urna: Sargadelos | 345'c |
| Presencian ☐ SI ☒ NO Destino | 89'20 |
| Cantores ..... Funeral: | |
| Flores | |
| | 26'80 |
| X Sudario X Cubredifuntos X Acondicionamiento ☐ Rosario | 26'80 |
| | 72'10 |

FALLECIDO:

Nombre DANIEL FERNANDO MENGHI D.N.I. Nº NIE Y2065908G

id. de los padres FORTUNATO | CLAUDIA

Naturaleza BUENOS AIRES Provincia ARGENTINA

Día, mes y año de nacimiento 24 - 08 - 1957

Profesión Estado DIVORCIADO Domicilio O ROXIDO, 3 - FECHA SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 15:45 horas del día 2 de JULIO de 2024

Domicilio HOSPITAL CLINICO

Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL 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

# ESPAÑA

## CERTIFICADO DE REGISTRO DE CIUDADANO DE LA UNIÓN

El encargado del Registro Central de Extranjeros certifica que:

D./Dª.: DANIEL FERNANDO MENGHI
Nacido: 24/08/1957 BUENOS AIRES, ARGENTINA
NIE: Y2065908-Q Nacionalidad: ITALIA
Domicilio: LGAR O ROXIDO 3
FECHA (A CORUÑA)
Residente comunitario en España desde 10/11/2020 (3)

En SANTIAGO DE COMPOSTELA, a 01 de Diciembre de 2020

Fdo.: Juan Jose Ballesteros Perez

RESIDENZA / RESIDENCE / DOMICILE (11)

SANTIAGO DE COMPOSTELA (ESP)

RESIDENZA / RESIDENCE / DOMICILE (11)

RESIDENZA / RESIDENCE / DOMICILE (11)

STATURA / HEIGHT / TAILLE (12)

192

COLORE DEGLI OCCHI / COLOUR OF EYES / COULEUR DES YEUX (13)

VERDI

3

PASSAPORTO
PASSPORT
PASSEPORT

REPUBBLICA ITALIANA
Tipo. Type. Type. Codice Paese. Code of issuing State. Code du Pays émetteur. Passaporto N. Passport No. Passeport N°.

P ITA YB7837817

Cognome. Surname. Nom (1)
MENGHI

Nomi. Given Names. Prénoms. (2)
DANIEL FERNANDO

Cittadinanza. Nationality. Nationalité. (3)
ITALIANA

Data di nascita. Date of birth. Date de naissance. (4)
24 AGO/AUG 1957

Sesso. Sex. Sexe. (5) Luogo di nascita. Place of birth. Lieu de naissance. (6)
M BUENOS AIRES (C.A.B.A. (ARG)

Data di rilascio. Date of issue. Date de délivrance. (7)
09 FEB/FEB 2021

Autorità. Authority. Autorité. (9)
MINISTRO AFFARI ESTERI
E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Data di scadenza. Date of expiry. Date d'expiration. (8)
08 FEB/FEB 2031

Firma del titolare. (10)
Holder's signature / Signature du titulaire

P<ITAMENGHI<<DANIEL<FERNANDO<<<<<<<<<<<<<<<<<<
YB783781761ITA5708242M3102086<<<<<<<<<<<<<<<<02

ES

# REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

12488655T

DNI 12488655T

APELLIDOS / APELLIDOS
DE MELO
CONCEICAO

NOMBRE / NOME
FERNANDA

SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACIMENTO: 13 11 1985

EMISIÓN / EMISIÓN: 19 04 2023
VALIDEZ / VALIDEZ: 19 04 2033

NUM SOPORTE
CFB139430

832768

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. ENTREPONTES 72 PO2 B
VAL DO DUBRA
A CORUNA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
RIO DE JANEIRO
BRASIL

HIJO/A DE / FILLO/A DE
VALERIA

IDESPCFB139430212488655T<<<<<<
8511135F3304190ESP<<<<<<<<<<<4
DE<MELO<CONCEICAO<<FERNANDA<<<

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

# CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
# *CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN*

105593059

Nº Certificado/*Nº certificado*

Colegio de / *Colexio de* — Sello/Selo

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* JESUS FIGUERIA RODRIGUEZ

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

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

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* 7286

1ª colegiación / *1ª colexiación*

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

**Nombre del fallecido/a:** / *Nome do falecido/a:* DANIEL FERNANDO

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

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

**Fecha de nacimiento** / *Data de nacemento* — Día / *Día* 24 — Mes / *Mes* 08 — Año / *Ano* 1957

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

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

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* ~~Y0206590 8~~ Q
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- [X] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:* Y-2065908-Q

vale enmienda

**Hora y fecha de la defunción** / *Hora e data da defunción* — Hora : minutos / *Hora : minutos* 15:45 — Día / *Día* 02 — Mes / *Mes* 07 — 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* [X]
- 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. incluído.*

**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) ARTIGO 3g 1ª LORE

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) PROCEDEMENTO GRAVE CRONICO E IMPOSIBILANTE

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

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

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

**¿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* [X] — Sí / *Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [X] — 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***

PRÓTESIS DE TITANIO..

En *En* Santiago, a *, a* 2 de *de* Julio de *de* 2024

**Firma del médico**
*Sinatura do medico*

## 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 ☐☐ Años ☐☐

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 ☐☐ 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).*

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

*(c) Pielonefrite crónica* — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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 ☐☐ Años 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 ☐☐ Años 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.*

PAPEL EXCLUSIVO PARA DOCUMENTOS NOTARIALES

HC4394491

09/2022

TIMBRE DEL ESTADO
CARLOS LAPIDO ALONSO
NIHIL PRIUS FIDE
NOTARIO DE TEO (A Coruña)

CARLOS LAPIDO ALONSO
Travesía de Cacheiras, 24 -1º
15883 T E O (A Coruña)

**NÚMERO SETECIENTOS SESENTA Y DOS.** ----------

En Teo, mi residencia, a ocho de Mayo de dos mil veintitrés. ----------

Ante mí, **CARLOS SEBASTIÁN LAPIDO ALONSO**, Notario del Ilustre Colegio de Galicia, ----------

----------**COMPARECE/N** ----------

**DON DANIEL FERNANDO MENGHI**, de nacionalidad italiana, mayor de edad, nacido el día veinticuatro de agosto de mil novecientos cincuenta y siete, en BUENOS AIRES (ARGENTINA), vecino de SANTIAGO DE COMPOSTELA, O ROXIDO, N.º 3, SANTA CRISTINA DE FECHA (España) y NIE. Y2065908Q y pasaporte italiano número YB2281720. ----------

**INTERVIENE**, en su propio nombre y derecho. ----

Le identifico por sus reseñados documentos y tiene a mi juicio, capacidad y discernimiento suficiente para el otorgamiento de esta escritura de **PODER y ACTA DE MANIFESTACIONES, manifestándome, bajo su responsabilidad, que no necesita medidas de apoyo a su capacidad, ni para entender las**

Escaneado con CamScanner

**consecuencias de este otorgamiento** y, al efecto, --

----------**OTORGA/N** ----------

Que confiere/n el poder que se deduce de los apartados siguientes: ----------

**a) Apoderada.- DOÑA FERNANDA DE MELO CONCEICAO,** de nacionalidad española, mayor de edad, soltera, vecina de VAL DO DUBRA (La Coruña), España, Rua Entrepontes 72 2° B, y DNI. 12488655T, quién actuará además, como cuidadora y asistente personal de poderdante. ----------

**b) Contenido del poder:** Realizar toda clase de actos de administración, ordinaria y extraordinaria, y de disposición, incluso aquellos para los que se requiera mandato expreso como transigir, enajenar, renunciar o ejecutar cualquier otro acto de riguroso dominio, tanto a título gratuito como a título oneroso, y en particular, lo siguiente: ----------

**1. ACTOS DE ADMINISTRACIÓN.-** Administrar bienes muebles e inmuebles; ejercitar y cumplir toda clase de derechos y obligaciones; rendir, exigir y aprobar cuentas (salvo las anuales de sociedades); firmar y seguir correspondencia; hacer y retirar giros y envíos, formular reclamaciones por

Escaneado con CamScanner

**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** Daniel Fernando Menghi
**a defunción de don/a**
**ocurrida a las** 15:45
**ocorrida ás**
**horas del día** 2
**horas do día**
**de** julio **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** DOCE [redacted] **horas siguientes a la del fallecimiento.**
[redacted] DOCE **horas do fallecemento**
**Registro Civil de** Santiago de Compostela
**Rexistro Civil de**

**A** 2 **de** julio
**O** **de**
**de** 2024
**de**

~~(El Juez)~~ ~~(O xuíz)~~

Antía Alvaredo Arias

LETRADO/A DA ADMINISTRACIÓN DE XUSTIZA DO XUZGADO DE INSTRUCIÓN Nº 1 DE SANTIAGO
FE PÚBLICA JUDICIAL