OTROS CONCEPTOS

TPV S. 1413

tro FV2: Compañeros de trabajo de tu hijo Germán • PAGADO
3388080 → J. Manuel Pardal Paga en tanat.

tro: Baloncesto Franklin Curtis (Web - d factura) • PAGADO
Fta

TPV S. 1417

UCRO (1ER.BL): OS TEIXIS ENTREGADO FUNCIÓN PÚBLICA • PAGADO

UCRO (Ver. 1) BL: CEIP PLURILINGÜE CRUCEIRO web •

dura a: CEIP PLURILINGÜE CRUCEIRO CIF: Q8655312J

ia Ravel s/n - Vilalonga

eip.cruceiro@edu.xunta.es

1303 WEB ST: 483

FALLECIDO: José Rivera Barreiro

Fecha de fallecimiento 6 · Octubre · 2024

Domicilio Hospital La Rosaleda 321

Teléfonos: M. Jesús (hija) 679801846 E-mail:

Sonia alta

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 1'90	1090
Capilla ardiente X Sala Pratorios	Sala Prep. Sí Libro Sí	628 53 27
Gestión funeraria Sí	☐ Tramitación UUVV	170
Carroza traslado X Hospital – Tanatorio		105
LUNES Prensa NO		X
18:00 Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo Barreiro X Taxi (En Casa Ejercicios entierro 16 h)		45
Certificado médico X Sí	Registro Civil: X Santiago	3
Carroza Sí ( )	Personal Sí	120 105 127
Ayunt.º Sepultura Borsaca 5663 (Cuerpo arriba)		150
Iglesia X Capilla Complejo		149
Incineración —	Urna: X Pinho 9½	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino X Datos email	
Cantores No	Funeral X D. Ricardo	X (87506)
Flores X Centro Blanco de: (Tus Hijos) • Colgar (Rosa Bl)		140
X Centro colgar Rosa Roja: Tu familia •		140
X Sudario ☐ Cubredifuntos X Acondicionamiento X Rosario		34'10 72'10

2 Tritas Prensa: X Entregadas Devueltas

FALLECIDO:

Nombre José Rivera Barreiro D.N.I. Nº 33016659 K

id. de los padres Ramón y María

Naturaleza Santiago Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 8 - Agosto 1926

Profesión Estado VIUDO Domicilio Avenida de Coimbra Nº 11 4º A Santiago

Fallecimiento:

Fecha: 00:05 horas del día 6 de OCTUBRE de 2024

Domicilio Hospital La Rosaleda Santiago

Cementerio Boisaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

EL SEÑOR

D/ña. José Rivera Barreiro (Vdo de María Elisa Rodríguez Alonso (Vecino de Avenida de Coimbra - Santiago)

falleció en en el día de a los 98 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Mercedes, José Ángel, María Jesús y Germán Rivera Rodríguez

Hijos políticos Manuel González González (†)

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

y demas familia

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales

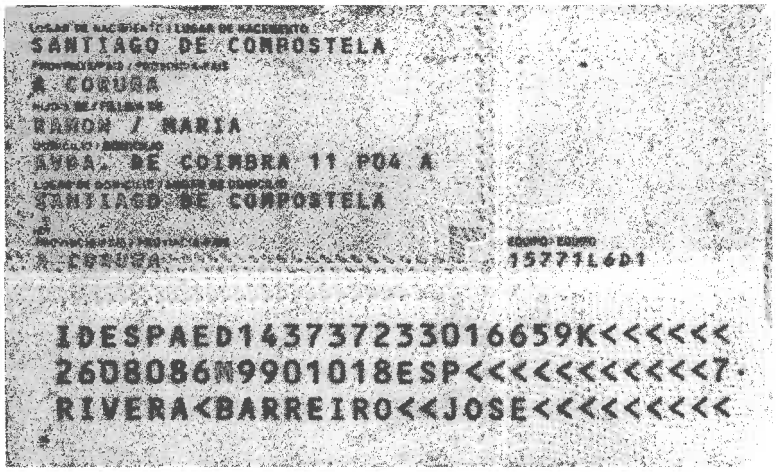
en la iglesia de

CASA MORTUORIA: Sala Pratenias.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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


DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
ESPAÑA
RIVERA
BARREIRO
JOSE
M ESP
08 08 1926
AED143737
01 01 9999
RBJ
NI NÚM.
3016659K


SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA
RAMON / MARIA
AVDA. DE COIMBRA 11 P04 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA
15771L6D1
IDESPAED143737233016659K<<<<<<
26D8086M9901018ESP<<<<<<<<<<<7
RIVERA<BARREIRO<<JOSE<<<<<<<<<


REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
DNI 33273263Z
RIVERA
RODRIGUEZ
MARIA JESUS
F ESP 26 03 1967
10 05 2022 10 05 2032
CCD166225
759552
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD


RUA. REPUBLICA ARXENTINA (DA) 0009 P04 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
JOSE / MARIA ELISA
15771L6B1
IDESPCCD166225933273263Z<<<<<<
6703266F3205105ESP<<<<<<<<<<<2
RIVERA<RODRIGUEZ<<MARIA<JESUS<

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

25 DE Pts
SANTIAGO DE COMPOSTELA
TIMBRE MUNICIPAL

El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, D. José Rivera Barreiro y esposa - - - - - - - - - - - - - - - - *ha satisfecho la cantidad de* NUEVE MIL TRESCIENTAS SESENTA Y CINCO *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a perpetuidad de la sepultura en* tierra *de* primera *clase, número* 5663, *del Cementerio Municipal de Boisaca.*

Por tanto, se otorga a D. José Rivera Barreiro y esposa - *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* ocho *de* octubre *de mil novecientos* setenta y seis *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 5663 *del Libro correspondiente.*

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a dieciseis *de* Octubre *de mil novecientos* setenta y seis.

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** primera **clase, señalada con el número** cinco mil seiscientos sesenta y tres **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

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA - Sello/Selo

Colegio de / *Colexio de*

105595001

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* Manuel Rodríguez Rivero

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

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Km 14 Rosaleda

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 36360323Y

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 08 — Mes / *Mes* 08 — Año / *Ano* 1926

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33016659-K
- [ ] 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* 00:05 — Día / *Día* 06 — Mes / *Mes* 10 — Año / *Ano* 2024

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

- [ ] Domicilio particular / *Domicilio particular*
- [X] Centro hospitalario / *Centro hospitalario*
- [ ] 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) PARADA CARDIORESPIRATORIA — 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) NEUMONIA DE RETICION — 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* [ ]

¿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***

En / *En* Santiago, a / *a* 06 de / *de* octubre 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: ☐☐ 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: ☐☐ 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 JOSE RIVERA BARREIRO
a defunción de don/a
ocurrida a las
ocorrida ás
00:05 **horas del día** 6
horas do día
de OCTUBRE **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 6 **de** OCTUBRE
O **de**
de 2024
de

(El Juez)
(O xuiz)
LAJ

LETRADO/A DO XULGADO DE INSTRUCION Nº 2
FE PÚBLICA XUDICIAL
SANTIAGO