

OTROS CONCEPTOS

ENTRADA 18 R. B. PAGAREDA Y FAMILIA • Efectivo
54 USG 440

Alana 40 R. Rojas y Familia • Efectivo
PAGAREDA Miras Galicia • Efectivo

→ Mando

FALLECIDO: María Dolores Miguel Miras

Fecha de fallecimiento 12- Diciembre- 2024

Domicilio Texeque, 129- Cabo- Teo

Teléfonos: 690326681 (Carlos) E-mail: cseane4t@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1' 90	
Capilla ardiente Cabo 2	Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si	Tramitación UUW	
Carroza traslado Domicilio - Tan.	Carroza n°3	
11:00 PM Prensa		
Radio 14- Jueves y 1 vez Viernes		
Recordatorios fúnebres / tarjetas Si 100	Abel Patrón	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo id. Confirma i?		
Certificado médico Si	Registro Civil: Teo	
Carroza	Personal Sacristía / Campanas	
Ayunt.º: Sepultura Rajo		
Iglesia Cabo		
Incineración	Urna: —	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino: —	
Cantores Si Fuso	Funeral: D. Pacanas	
Flóres Carroza P.B. Tus hijos y hija, plat. i		
	Carroza P.B. Tu nieto, niet. p. y bisnieto	
Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

S-832

WU

SCAN

WU

WU

WU

WU

WU

WU

FALLECIDO: Nombre M^o Dolores Migueir Miras D.N.I. N^o 332585814
id. de los padres Josey Filomena
Naturaleza Teo Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 12/07/1933
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Texere, 129- Calo-Teo

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 12 de 12 de 2024
Domicilio Texere, 129 - Calo - Teo
Cementerio Calo Ayunt.^o Teo

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Carlos Seoane Simeone (_____) D.N.I. 44806271V
domiciliado en Lgr. Texere, 129 - Calo

LA SEÑORA
D/ña. Dolores Migueir Miras
(Viuda de Celestino Seoane Prieto) (Vecino de Texere - Calo - Teo)
falleció en _____ en el día de _____ a los 91 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos Julio, Tino, Emilio, Fina, Carmen, Esther y Carlos Seoane Migueir
Hijos políticos Lola Novo, Santiago Villanueva, Oscar Castaño y Antonio Botana.

Padres niet. polit: Alberto, Gaby y Antia
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos _____

Hermanos políticos _____
Ismael y Oscar; Angela; Alejandra y Pablo y Julia

Nietos _____ Bisnietos Si Tios _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción Si
Funerales Iker, Breixo, Iria y Celtia
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

FORMA APELLIDO: PRIMER APELLIDO
MIGUEZ
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO
MIRAS
PRIMER NOMBRE
MARIA DOLORES
SEXO: SEXO NACIONALIDAD: NACIONALIDAD
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO: DATA DE NACIMIENTO
12 07 1933
IDESP
AMN169344
VAL. DE VIGENCIA Y VALIDATA
01 01 9999

123456789

W. Dolores Miguez

DNI NUM.
33298581Y



FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. TEXEHE CALO SN
TEO
A CORUÑA

1571L6D1

TEO
A CORUÑA

DOMICILIO / DOMICILIO
CELESTINO / DOLORES

IDESPBE104063344806271V<<<<<<
7510164M2705262ESP<<<<<<<<<<<<3
SEOANE<MIGUEZ<<CARLOS<<<<<<<<<

DECLARANTE (HIJO)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105524458

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARIA SOL OLIVEIRA RUZO

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

Pontevedra

con el número
co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

363605511

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA DOLORES

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

MIGUEL

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

MIRAS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 12
Día

Mes 07
Mes

Año 1933
Año

Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

33258581-9

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora: minutos

Hora: minutos

07:00

Día 12

Día

Mes 12

Mes

Año 2024

Año

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

TEO

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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) HIPOXIA - SEPSIS

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

IC - HTA - DISLIPEMIA - DIABETES
TRC - ANEMIA

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Si/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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 de tráfico Si/Si ☐

Accidente laboral No/Non ☒

Accidente laboral Si/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año

Data do mesmo: Día Mes Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen 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/Existencia de prótesis

En CALO, a 12 de 12 de 2024
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

746258
DR. M. S. OLIVEIRA
RHZO 36/055113

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 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 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 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 transcurrido 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 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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) Hemorragia 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, anotaranse 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
Horas Días Meses Años

II

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

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA DOLORES MÍGUEZ MIRAS , con documento identificativo DNI, 33258551Y según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 12 de diciembre de 2024 a las 07:00 horas, acaecida en TEO.

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 12 de diciembre de 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/12/2024 11:06

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:BnRj-vXz\$-DrTS-3dNT

