

OTROS CONCEPTOS

entre 18 casos rep. X Amigos de Grupo Consuasor BEZ
nro calgar 40 ^{551721 1637} **PAGADO** Casellano Zorcano web
nro mod 1 blanco: **PAGADO** Ciza Fra. 1610 12/11/16 web
nro 24 casos bl. Con nuestros Jlands, Ago web
tro FV. **PAGADO** Familia Tero Garcia TOX (S. 1682)
ntro FV **PAGADO** Blanca Lolita efch (S. 1680)
anc 50 casos **PAGADO** Picot • Factura 1609 m. 14.000 P
anc 40 casos **PAGADO** y lines politicas efch
tro 24 casos **PAGADO** tus sobornos efch
ntro 18 casos **PAGADO** de tus ciudadanas Terciana TPV
nro (var. 1) X José BERDOLAS MIRAMONTES Y PAVILLO y Norma S. 1619
zona (R. R.) X CARCELLO DE AMES ERE
nro (18 R. R.) X FAMILIA PORTO MIRAMONTES ERE
zona (75R BR); CLUN- FEIRACO 209E
tura: COOPERATIVAS LACTEAS UNIDAS Fra. 1612
ar Anfle - Agron - Ames 15839 UF; F7050906
r. fogin @ dun.es 615986070
PAGADO Enviada 1612
nro (24 R. BR); ECLA CORRE LEIS (662642751) T. 20 (BERTA)
nro (var. 1); AGACA web • Fra. 1611 enviada 12/11
nro (var. 1); MIRAMONTES CONSULTORES TPV BEZ
tura: MARTIN GARCIA CONSULTORES B7048808
X A SERRA, Z. V. 1611 estela @ martinbogados.info
nro (var. 2); NUNO S. SA VENEZIANA DE COPIA efch
nro mod. **PAGADO** Rios (Antier web)
nro (75R BR); RIOS SANGIANO S. 1611
nro: RIOS SANGIANO B1543906
CURROS ENRIQUETA. 4- P. 8. Industrial Sowero 15888

~~1608~~
FALLECIDO: Maximino Garcia ST-145
Fecha de fallecimiento 11-12-2024

Domicilio: Hícnxo - Hamea Tapia

Teléfonos: 657 993537. E-mail: ~~corido.basdillog~~

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	CA	Medida	1'90
Capilla ardiente	T. 3. 2. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.		Sala Prep. Libro
Gestión funeraria	Si		Tramitación UUV
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO		105
Prensa	Carroza 6		1005
Radio	Carroza - E. General n.º 4		2190
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Reg. 1. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.		AM'57
Ómnibus acompañamiento	10		30
Turismo	id.		3
Certificado médico	Santiago		175 / 105 / 105
Carroza	Personal		195
Ayunt.º: Sepultura	Pinel (Cambio centros)		180
Iglesia	San Antón de Tapia Balsa		15'80
Incineración	Urna:		
Presencia	SI NO		Destino
Cantores	(Familia)		Funeral:
Flóres	Carro: Hijos H. H. polifloro. 140		170 (91870)
	Carro: nietos y nietas polifloro. 140		140
	Carro: Bisnietos. 140		140
Sudario	Cubredifuntos	Acondicionamiento	Rosario
34'10	72'10		

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Maximino Liano Garcia D.N.I. Nº 33042538-K
id. de los padres Maximino- Manuela
Naturaleza Mms Provincia Cronis
Día, mes y año de nacimiento 26-6-1927-
Profesión _____ Estado viudo Domicilio Manca - Tapia

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 11 de Diciembre de 2027
Domicilio Conxo -
Cementerio San Cristobal de Tapia Ayunt.º Mms

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Maximino Liano Garcia E L SEÑOR Medalla de Galicia
Exido de u^{da} del Carmen Ilado Gonista ap^{da} del Concello Mms

falleció en Manca Tapia en el día de 11-12-2027 a los 97 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a u^{da} del Carmen Ilado Ray (†)

Hijos Miguel, Maximino, Jose, y Manuel Liano Ilado

Hijos políticos Lucia Montaña, u^{da} Atilia Moure, u^{da} Manuela Garcia, Manuela Moure

Padres u^{da} Lucia, u^{da} u^{da} Miguel, Fatima, Beatriz, Degenia,

Abuelos Guistina, y u^{da} u^{da}; Diego; Alberto; Martin, Fernando

Padres políticos Lorena, Liliana y u^{da} u^{da}

Hermanos u^{da} u^{da}: Anita, Alex, u^{da}, Xiana, Hugo, Iago, Rodrigo,
u^{da} u^{da}, Adriana, Paulo, u^{da} u^{da}, y u^{da} u^{da}

Hermanos políticos u^{da} u^{da} políticos: Emilio, Jose Manuel, Elay, Boya,
Isabel, Rosalia, Andrea, u^{da} u^{da}, Angel, Iago, - Elena
Hermanos - Hermanos políticos

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos 8 Primos 8

y demás familia.- Conducción _____

Funerales u^{da} u^{da}

en la iglesia de San Cristobal de Tapia

CASA MORTUORIA: u^{da} u^{da} 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



EXPED. 21-07-2000 VAL. PERMANENTE
IDESP

Ministerio del Interior

IDESP33042538W6<<<<<<<<<<<<<<
2706269M9912315ESP<<<<<<<<<<<6
VIANO<GARCIA<<MAXIMINO<<<<<<<



105509932

Colegio de Colexio de

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio actual
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a154514015
1ª colegiación
1ª colexiación

D./Dña. IRE A FERNÁNDEZ XOVE

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A GARCÍA, con el número
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en , co número
 y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
 e con exercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MAXIMINO
 Nome do falecido/a:
 1º Apellido del fallecido/a: VIANO
 1er Apelido do falecido/a:
 2º Apellido del fallecido/a: GARCÍA
 2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 26 Mes 06 Año 1927
 Data de nacemento Día Mes Ano
 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
 Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33042538-W
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora: minutos 06:00 Día 11 Mes 12 Año 2024
 Hora e data da defunción Hora: minutos Día Mes Ano

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? Santiago de Compostela
 Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
 Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
 (a) FALLO MULTIORGÁNICO
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
 (b) FRACASO RENAL
 Debido a/Debido a
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

(c)
 Debido a/Debido a
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
 (d) SEPSIS DE ORIGEN INTRAABDOMINAL
 Debido a/Debido a
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
 Horas 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 Mes Año
 Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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 Santiago, a 11 de Diciembre de 2024
En _____, a _____ de _____ de _____

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 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 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

- 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 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 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 ☐ ☐ 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.

Exemplo: (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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Exemplo: (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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 MAXIMINO VIAÑO GARCÍA , con documento identificativo DNI, 33042538W según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 11 de diciembre de 2024 a las 06:00 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 12 de diciembre de 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/12/2024 10:44

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:mbNU-k\$kp-f7Zm-KBHs

