

OTROS CONCEPTOS

~~web~~ ~~Sim 1643~~
 CENTRO COLGAR (40 R B): DE TU AMISADO SURGE, PATRICIA Y SOBRINA PATRICIA
 CENTRO (Vou.) ~~BRFR~~ TU MADRE POLITICA. TPV
 CENTRO COLGAR (40 R B): CUS CUÑADOS Y SOBRINOS.
 Centro 24ro: Tita: Amigos do Cash Record de Angy Miniam
 Ama, Jose, Miriam y Txema. BIZUN 722 441064

Lápida muy deteriorada. Autorización familiar para desmontar (imposible desplazarla) / Base y tapa 1700 + IVA, pendiente de confirmar/aceptar familia. Pinelo

- CORONA - CENTRO
- N° 2
- PANIO
- INSCRIPCION

FALLECIDO: ~~web~~ JORGE BEIROA MIGUEZ SF: ST
 Fecha de fallecimiento 3 - DICIEMBRE - 2024
 Domicilio 4. PROVINCIAL Habitación 319.
 Teléfonos: 633292314. ESPERANZA E-mail: 690212511 david

CONCEPTOS		Servicio prest
Arca modelo	C-1	Medida 1.90.
Capilla ardiente	CERVANTES	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUVV
Carroza traslado	HOSPITAL - COMPLETO	
Prensa	CORREO GALLEGO N° 2 - (MIÉRCOLES)	
Radio	RADIO (MIÉRCOLES)	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO INSCRIPCION LÁPIDA	
Turismo	id. SALE AL TANATORIO	
Certificado médico	Si	Registro Civil: STGO.
Carroza	ST ()	Personal Si
Ayunt.º: Sepultura	Boisaca sr 264	PINLO 10:00
Iglesia	CAPILLA TANATORIO	
Incineración	-	Urna: -
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	NO	Funeral: Don MANUEL
Floras	1 CORONA 40 ROSAS B. - TU ESPOSA E HITOS 1 CENTRO 18 P. R. TUS NIETOS. ENGHA ATAUD.	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre JORGE BEIROA HIGUEZ D.N.I. Nº 33223857-N
id. de los padres HANUEL Y CONCEPCIA
Naturaleza SAntiAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 28 - JUNIO - 1953
Profesión 3º A - SAntiAGO Estado CASADO Domicilio Rua Moscovia N.º 8 -

Fallecimiento: Fecha: 15: 50 horas del día 3 de DICIEMBRE de 2024
Domicilio HOSPITAL DE COXO

Cementerio BOISACA Ayunt.º SAntiAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. ROSA MARIA SALVADO COSTA (ESPOSA) D.N.I. 33239835-H
domiciliado en LA FARZICA N.º 62, LAVACOLLA - SAntiAGO

D/ña. JORGE BEIROA HIGUEZ L SEÑOR

falleció en LAVACOLLA - SAntiAGO en el día de 3-12-24 a los 71 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a ROSA MARIA SALVADO COSTA
Hijos JOSE LUIS (t), DAVID, HANUEL, CARLOS Y ESPERANZA BEIROA
SALVADO

Hijos políticos MARIA SEORNE, ANGELA MONTAÑA, TANARA TERREIRO,
MARTINA REY Y HARCOS VILAS

Padres NO

Abuelos NO
~~Padres políticos~~ ROSA COSTA CONDE

Hermanos NO
NIETOS: XABIER, VERA, BRAIS Y EVAN, VALENTINA

Hermanos políticos SI

Nietos SI Bisnietos NO Tíos NO Sobrinos SI Primos SI
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



FALECIDIO

COMPOSTO / COMPOSTO
RUA. MOSCOW 8 E PÓS A
SANTAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

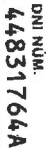
USAR DE MANEJAMENTO / LUGAR DE MANEJAMENTO
SANTAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

MODALIDADE DE
MANEJAMENTO

15771L6D1



IDESPBLN181411733223857N<<<<<<
5306280M3001318ESP<<<<<<<<<D
BEIROA<MIGUEZ<<<JORGE<<<<<<<<



SOLICITANTE (hijo)

IDESPATC108997144831764A<<<<<
8209119M2507293ESP<<<<<<<<<<<<<
BEIROA<SALVADO<<DAVID<<<<<<<<<<



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA



El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, doña Rosalia Vázquez Iglesias e hija

----- ha satisfecho la cantidad de
T R E S M I L . pesetas, como
precio fijado por dicha Corporación para adquirir el derecho de pro-
piedad de la sepultura en tierra de primera
clase del Cementerio municipal de Botasaca
número doscientos sesenta y cuatro (264),
Por tanto, se concede a doña Rosalia Vázquez Igle-
sias e hijos (c hijos)
el derecho de propiedad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo
adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayun-
tamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el día
-----veintinueve----- de diciembre

de mil novecientos sesenta y siete
con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autoriza-
ción de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona sin
su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.

En los casos de traslación de dominio por herencia, venta o do-
nación, debe darse conocimiento a la Excmo. Corporación Municipi-
pal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será
reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio ----- del Libro correspondiente.

Palacio municipal de Santiago de Compostela, a -----veintinueve----- de Enero

de mil novecientos sesenta y ocho.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

El Alcalde,

El Secretario,

Título de propiedad de la sepultura en ----- tierra ----- de primera

clase del Cementerio Municipal de Botasaca

señalado con el número doscientos sesenta y cuatro----- (264)



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JORGE BEIROA MÍGUEZ, con documento identificativo DNI 33223857N, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 3 de diciembre de 2024, a las 15:50 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 , 4 de diciembre de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
04/12/2024 12:05

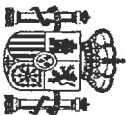
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comproba-cion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:4Rdh-b8HV-RD2t-htm9



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/de los asiento/s solicitado/s que se transcriben en los siguientes párrafos, según resultan de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asiento/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: **1733309749332**

Fecha Inscripción Registro Electrónico de Seguridad: **04/12/2024 11:55**

Código personal del registro Individual del inscrito: **3MICL5EIK0033223857N**

DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: **JORGE** (7-6) Primer apellido: **BEIROA** (7-6) Segundo apellido: **MIGUEZ**, (8-6-1) Hijo/a de **MANUEL** (8-6-2) y de **CONCEPCIÓN**, (3-4-1) Sexo: **HOMBRE** (4-1) Estado: **CASADO/A** (6-1) Nacionalidad: **ESPAÑA** Tipo de documento acreditativo de identidad: **DNI**, número: **33223857N**.

(2-4-2) Nacido/a en: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA**, A (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Fecha: **28/06/1953**

(2-1-2) Domicilio último: **RÚA MOSCOVA** N.º: **8** E Piso: **3º** Puerta: **A** (2-1-3-2) Lugar: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA**, A (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

La inscripción se practica en virtud de: **DECLARACIÓN** realizada por **JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ** con Tipo de documento de identidad: **DNI** y número de identificación: **33200436M** según consta en el expediente n.º **20241204/008575** del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **15:50** (9-9) Día: **03/12/2024** (2-6) Lugar: **HOSPITAL CONXO** Población: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA**, A (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

El enterramiento será en: **CEMENTERIO DE BOISACA** (2-1-3-2) Población: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA**, A (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DE FIRMANTE:

Nombre y Apellidos: **EVA BERNARDEZ PEREIRAS**

En calidad de: **ENCARGADO/A**

Fecha de firma: **04/12/2024 11:55**

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR

Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública



RG:SGDg-KBpt-r8Gm-NX9Z

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

SI/ SI ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermedade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de infección?/Possibilidade de infeccção

SI/ SI ☒ No/Non ☐

Infección condicionada por:/Infeccção condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento com Isótopos radioactivos

☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Santiago, de 3 de Diciembre de 2024

Firma del médico
Assinatura 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 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 ☐ 0 ☐ 0
Días ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Meses ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Años ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

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

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

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Horas ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Días ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Meses ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Años ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anota 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 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Días ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Meses ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Años ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

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 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Días ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Meses ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Años ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bold/grafito 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, separadas claramente por comas.

5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos o síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defuncção se começa pela causa imediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, é dizer, numha 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: "Enfermedad 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 o 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 excluyentes, é decir, 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 máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admíte ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ 4 ☐ 5 ☐ 0 ☐ 0
Días ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Meses ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Años ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

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

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, anótanse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Horas ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Días ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Meses ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Años ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Horas ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Días ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Meses ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
Años ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase unha única causa, a que fose desencadenante de todo o proceso que levou a defunción. En caso de accidente ou violencia, fírase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

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

5 Otros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

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

Otras recomendaciones

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bold/grafito 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, separadas 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.

02