

# OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Remedios Romil Corral

Fecha de fallecimiento 26-Abril-2025

Domicilio H. Conxo 303

Teléfonos: 658039083 Hanel(hijo) E-mail: 628587577 Ana Hanel(hijo)

| CONCEPTOS                         |                                                                                                                             |                                          | Servicio prestado     |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|
| Arca modelo                       | C-1                                                                                                                         | Medida 1,90                              | 1110                  |
| Capilla ardiente                  | Complejo Tard                                                                                                               | Sala Prep. Si Libro No                   | 640154                |
| Gestión funeraria                 | <del>Si</del>                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV | 113                   |
| Carroza traslado                  | <del>Hospital - Complejo</del>                                                                                              |                                          | 107                   |
| Prensa                            | No                                                                                                                          |                                          |                       |
| Radio                             | No                                                                                                                          |                                          |                       |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas | No                                                                                                                          |                                          |                       |
| Ómnibus acompañamiento            | <del>Pinelo</del>                                                                                                           |                                          | 46                    |
| Turismo                           | 16.30h En Casa                                                                                                              |                                          |                       |
| Certificado médico                | <del>Si</del>                                                                                                               | Registro Civil Santiago                  | 3                     |
| Carroza                           |                                                                                                                             | Personal                                 | 122,114/12450         |
| Ayunt.º: Sepultura                | <del>Boisaca 10156</del>                                                                                                    |                                          | 50                    |
| Iglesia                           | Capilla Complejo                                                                                                            |                                          | 151                   |
| Incineración                      |                                                                                                                             | Urna:                                    |                       |
| Presencian                        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                     | Destino                                  |                       |
| Cantores                          | No                                                                                                                          | Funeral <del>Juan Ventura</del>          | <del>60 (10281)</del> |
| Flores                            | <del>1 Centro 18 R. Blancas "Tu familia" o (Encima cap)</del>                                                               |                                          | 80                    |
| Sudario                           | <input checked="" type="checkbox"/> Cubrefúntos <input type="checkbox"/> Acondicionamiento <input type="checkbox"/> Rosario |                                          | 3470 3470 3350        |

Letras ligadas y enterrar arriba - Domingo 17:00

NO WEB  
SF: 296  
ST: 253  
No

FALLECIDO:- Nombre Remedios Ramil Corral D.N.I. Nº 32455427-N  
id. de los padres Franco y Asunción  
Naturaleza Xermade Provincia Lugo  
Día, mes y año de nacimiento 4-Junio-1931  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado Viuda Domicilio Residencia San Simón de Ons  
Cocheras

Fallecimiento: Fecha: 17-15 horas del día 26 de Abri de 2025  
Domicilio Hospital de Conxo 303  
Cementerio Municipal de Boixea Ayunt.º Santiago de Compostela

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_; Página \_\_\_\_\_

DECLARANTE D. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) D.N.I. \_\_\_\_\_

domiciliado en \_\_\_\_\_

D/ña. Remedios Ramil Corral LA SEÑORA

falleció en \_\_\_\_\_ en el día de 26/4/2025 a los 93 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a \_\_\_\_\_

Hijos \_\_\_\_\_

Hijos políticos \_\_\_\_\_

Padres \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Hermanos políticos \_\_\_\_\_

Nietos \_\_\_\_\_ Bisnietos \_\_\_\_\_ Tíos \_\_\_\_\_ 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



**CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**

105613098

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARTIN NAYA ROSATO  
D. / Dña.  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, 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 \_\_\_\_\_

Colegio actual      Nº de colegiado/a  
Colegio actual      Nº de colegiado/a

1 5 1 5 1 3 9 4 8

1ª colegiación  
1ª colegiación

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

[illegible]

Fecha de nacimiento **Día**  **Mes**  **Año**  **Sexo:** Varón ☐ Mujer ☒  
*Data de naixement* *Dia*  *Mes*  *Ano*  *Sexo:* Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 32455427-N  
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:   
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:   
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

**Hora y fecha de la defunción** Hora : minutos  :  Día  Mes  Año   
**Hora e data da defunción** Hora : minutos  :  Día  Mes  Ano

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: /En que concello ocorreu a defunción?: SANTAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐  
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 aproximado**  
*Intervalo de tempo aproximado*<sup>1</sup>

I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) P A R A O A C A R D I O R E S P I R A T O R I A

Horas  
Días  
Meses  
Años

**Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>**

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años  
Horas Días Meses Años

[illegible]

**Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>**

(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA

[illegible]

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

Si/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: Dia   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 26 de ABRIL de 2025

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

☐ ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐  
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
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

#### 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 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

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

#### 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, anotarase 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

#### 5 Outros procesos:

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

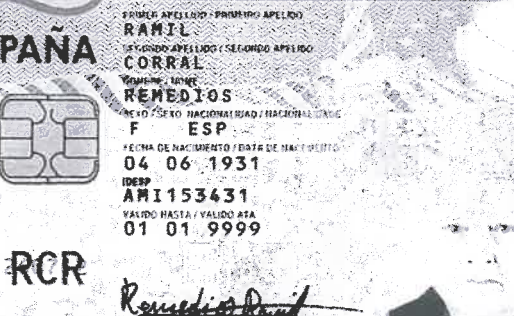
Ejemplo: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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.



ESPAÑA

REPUBLICA DE ESPAÑA

RAMIL REMEDIOS

04 06 1931

AMI153431

01 01 9999

RCR

Ramon Ramil

DNI NÚM.  
32455427N

## FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO  
PSEO. QUINTA 13  
VIDAN  
SANTIAGO DE COMPOSTELA  
A CORUÑA  
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO  
FERROL  
A CORUÑA  
MUJER DE / FILLO DE  
MANUEL / REMEDIOS

15771L6D1

IDESBPM0166624032605346V<<<<<<  
5303223F3008269ESP<<<<<<<<<<8  
GARCIA<RAMIL<<ANA<MARIA<<<<<<<

**SOLICITANTE**





**TITULO DE CONCESIÓN DE UNIDADES DE  
ENTERRAMENTO  
DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA**

**Sepultura - 10.156**

**0D0091029**

En cumprimento da Resolución da Concellaría de Cemiterio Municipal de data 08-11-2012, e logo de acreditar o pagamento das taxas correspondentes, insíbese no libro de rexistro do Cemiterio a concesión de uso da unidade de enterramento sinalada anteriormente a favor de:

**Titulares**  
REMEDIOS RAMIL CORRAL

**DNI**  
32455427-N

O prazo de concesión é de noventa e nove anos, o seu uso esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

En caso de transación de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 13 de novembro de 2012

A CONCELLEIRA DELEGADA DO  
CEMITERIO MUNICIPAL

O VICESECRETARIO

Asdo.: María Castelao Torres

P.D. Acordo XGL 08.08.11

Asdo.: José Ramón Alonso Fernández



## 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 RENECIDOS RAMIL CORRAL  
a defunción de don/a  
ocurrida a las  
ocorrida ás

17:15 horas del día 26  
ABRIL horas do día 2025  
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 fallecimiento  
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 horas siguientes a la del fallecimiento.  
vintecatro horas do fallecimiento

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Rexistro Civil de

A 27 de ABRIL  
O de  
de 2025  
de



