OTROS CONCEPTOS

CENTRO (Var. 1) Bl: FAMILIA GARCÍA SANTAMARINA •
CENTRO (Var. 2): FAMILIA MONTEIRO PONCE •

PAGADO
PAGADO
TPV

FALLECIDO: Isolino Limeño Leiva (Wes)
ST: 323
ST: 232

Fecha de fallecimiento 7 Mayo 2025

Domicilio R/Calzada de Sar 62 Bajo

Teléfonos: Elvira (hija) 619069226 E-mail: Juan 677795761

PREVENTIVA CAP 3800 € 142006924

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C1 Medida 1'90	
Capilla ardiente TOURAL Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado Domicilio - Tanatorio	
Prensa Correo Mod 2 Jueves	
Radio 1 Radio Jueves	
Recordatorios fúnebres / tarjetas No	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo id. Sale al tanatorio	
Certificado médico Si (PAC) Registro Civil: Santiago	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura Boisaca Sep: 1631 Pinelo	
Iglesia Capilla Complejo	
Incineración Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores No Funeral: D. Ricardo datos enviados x mail	
Flores Corona 40 R.B. Tu hija e hijo político •	
Centro FU E. Caja Blanca "Tu nieta" •	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

VIERNES 17:00

Cdtr

FALLECIDO:

Nombre Isolino Limeres Leiva D.N.I. Nº 33017665-S

id. de los padres Jose y Eluira

Naturaleza Santiago Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 30 Abril 1932

Profesión Estado Viudo Domicilio R/ Calzada de Sar Nº 62 Bajo Santiago

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 7 de Mayo de 2025

Domicilio R/ Calzada de Sar 62

Cementerio Boisaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

EL SEÑOR

D/ña. Isolino Limeres Leiva

Udo de Flora Rivas Pegito - Vecino de Calzada de Sar

falleció en en el día de a los 93 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos/a Eluira Limeres Rivas

Hijos políticos Juan Manuel Monteiro Ponce

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Pepe (+), Juan, Mercedes (ausente) y Carmen (+) Limeres Leiva

Hermanos políticos Si

Nietos Lucia Monteiro Limeres Bisnietos Tios 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

Flora Rivas Pegito (30 Enero 2006)

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
LIMENS

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
LEIVA

NOMBRE / NOME
ISOLINO

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
30 04 1932

IDESP
AAG194859

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33017665S

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA / PAIS / PROVINCIA / PAIS
A CORUÑA

NOMBRE DE LA MADRE
JOSE / ELVIRA

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CALZADA DE SAR 62 B

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA / PAIS / PROVINCIA / PAIS
A CORUÑA

15771L6D1

IDESPAAG194859433017665S<<<<<<
3204304M9901018ESP<<<<<<<<<<<7
LIMENS<LEIVA<<ISOLINO<<<<<<<<

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33250177C

DNI 33250177C

CDV194748

APELLIDOS / APELLIDOS
LIMENS
RIVAS

NOMBRE / NOME
ELVIRA

SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 20 04 1962

EMISIÓN / EMISIÓN: 23 11 2022
VALIDEZ / VALIDEZ: 23 11 2032

NUM SOPORTE
CDV194748

959680

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CALZADA DE SAR 62 P01
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
ISOLINO / FLORA

IDESPCDV194748133250177C<<<<<<
6204202F3211234ESP<<<<<<<<<<<6
LIMENS<RIVAS<<ELVIRA<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (hija)

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105612892

Nº Certificado/*Nº certificado*

Colegio de / *Colexio de* A Coruña

Sello/*Carimbo*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. / *D. / Dna.* José Barrajón Barrajón, licenciado

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

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Santiago de Compostela

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* 1505735

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 30 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 1932

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33017665-S
- [ ] 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* 19:30 — Día / *Día* 07 — Mes / *Mes* 05 — Año / *Ano* 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***En que concello ocorreu a defunción?:*** Santiago de Compostela

- 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* [ ]

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) FIBRILACIÓN VENTRICULAR — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) DIABETE MELLITUS — 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) INSUFICIENCIA CARDÍACA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros 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* [X]

¿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

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

¿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 Santiago, a 7 de mayo de 2025
En Santiago de Compostela, a 7 de mayo de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

José BARBAZÁN BARBAZÁN
15785 - A CORUÑA

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)

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 ↓ 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

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 ☐☐ 4 5 ☐☐ ☐☐ (Horas Días Meses Anos)

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 ↓ 3 ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ (Horas Días Meses Anos)

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 ↓ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐2 (Horas Días Meses Anos)

(c) Pielonefrite crónica debido a ↓ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐2 (Horas Días Meses Anos)

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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ 1 0 (Horas Días Meses Anos)

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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐5 (Horas Días Meses Anos)

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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ISOLINO LIMÉNS LEIVA , con documento identificativo DNI, 33017665S según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 07 DE MAYO DE 2025 a las 19:30 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 08 DE MAYO 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
08/05/2025 11:25	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:2tK6-5fD&-4qJ4-3GM2

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

25 DE Pts
SANTIAGO DE COMPOSTELA
TIMBRE MUNICIPAL

El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Habiendo satisfecho la cantidad de DOS MIL OCHOCIENTAS NUEVE (2.809) - - - - - - - - - - - - - - *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a perpetuidad de la sepultura en* tierra *de* tercera *clase, número* 1631, *del Cementerio Municipal de Boisaca.*

Se otorga a D. Isolino Limens Leiva -

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 veinticinco *de* noviembre *de mil novecientos* ochenta *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.*

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a treinta *de* enero *de mil novecientos* ochenta y uno.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE, **EL SECRETARIO GENERAL,**

Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra **de** tercera **clase, señalada con el número** mil seiscientos treinta y uno **del Cementerio Municipal de Boisaca.**

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA
Y RELACIONES CON LAS CORTES

registrocivil
registre civil · arregistro zibilin · rexistro civil

CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRICIÓN DE DEFUNCIÓN

A presente certificación literal expediuse coa autorización prevista no art. 81 da Lei do Rexistro Civil e contén o teor literal do/s asento/s solicitado/s que se transcriben nos seguintes parágrafos, segundo resulta/n dos datos que constan no rexistro individual da persoa que figura en dito/s asento/s. Declárase que a presente certificación só dá fe das circunstancias que indica a Lei 20/2011 para cada feito ou acto que se comprende no asento ou asentos aos cales esta se refire a mesma (artigos 44.2, 59.5, 62.1 da Lei 20/2011, do 21 de xullo, do Rexistro Civil).

ASENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRICIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asento: **1746695309884**
Data Inscrición Rexistro Electrónico de Seguridade: **08/05/2025 11:08**
Código persoal do rexistro individual do inscrito: **3MURJHYQ600033017665S**

DATOS DE IDENTIDADE DO/DA INSCRITO/A. (8-6) Nome: **ISOLINO** (7-6) Primeiro apelido: **LIMÉNS** (7-6) Segundo apelido: **LEIVA**, (8-6-1) Fillo/a de **JOSÉ** (8-6-2) e de **ELVIRA**, (3-4-1) Sexo: **HOME** (4-1) Estado: **VIÚVO/A** (6-1) Nacionalidade: **ESPAÑA** Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **33017665S**.

(2-4-2) Nacido/a en: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Data: **30/04/1932**

(2-1-2) Domicilio último: **RÚA CALZADA DE SAR 62, BAJO** (2-1-3-2) Lugar: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

A inscrición practícase en virtude de: **DECLARACIÓN** relizada por **JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ** con Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **33200436M** segundo consta no expediente nº **20250508/008499** do Rexistro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **19:30** (9-9) Día: **07/05/2025** (2-6) Lugar: **SU DOMICILIO** Poboación: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

O soterramento será en: **CEMENTERIO MUNICIPAL DE BOISACA** (2-1-3-2) Poboación: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DO ASINANTE:
Nome e apelidos: **EVA BERNARDEZ PEREIRAS**
En calidade de: **ENCARGADO/A**
Data de sinatura: **08/05/2025 11:08**

E para que conste e produza os efectos oportunos, emítese o presente certificado literal do Rexistro Civil.

DATA E HORA DO DOCUMENTO	ENDEREZO DE VALIDACIÓN	ASINADO ELECTRONICAMENTE POR
08/05/2025 13:26	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia

RG:Zg4F-vNhx-&KdQ-PByF