

9/3/14

Nov 2013

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'8
Capilla ardiente	SALA FRATERIA	Sala Prep. S: Libro S:
Gestión funeraria	S:	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	DOMICILIO - COMPLETO	
Prensa	X CORREO-2	
Radio	X RADIO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—	
Ómnibus acompañamiento	—	
Turismo	id.	SALA AL TANATORIO
Certificado médico	X S:	Registro Civil: Santiago
Carroza	—	Personal
Ayuda: Sepultura	DISACA SEP 9861 (Enterrar en)	
Iglesia	CAPILLA COMPLETO	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	X TAVIER	Funeral: Don JAVIER
Flores	1 COLUNA R.P.B.: TUS HIJOS E HIJAS POLITICOS	60 (106716)
	1 COLUNA R.P.B.: TUS NIETOS Y NIETAS POLITICOS	
	1 CENTAW 1P R.B.: "GONTACO, GUILLES Y HIAGO"	
	(GONTACA CASA)	

FALLECIDO: Nombre AURORA GARCIA ALVAREZ D.N.I. N° 32712491-W
id. de los padres JOSE Y ROCAS
Naturaleza PONTECEDO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26- MARZO - 1937
Profesión _____ Estado VIVA Domicilio C/Torreira de Arriba,
47 - BARO - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 5:00 horas del día 30 de JUNIO de 2025
Domicilio SU Domicilio
Cementerio Boisaca Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. M.ª Luisa Trigo García (_____) D.N.I. 33263920 D
domiciliado en Torreira de Arriba, 47 - 1º

LA SEÑORA
D/ña. AURORA GARCIA ALVAREZ
(VIUDA DE ANGELO TRIGO CUNDEINS) (VECINA DE TORREIRA DE ARRIBA - SGO)
falleció en _____ en el día de _____ a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos MARIA LUISA, JOSE RAMON Y JAVIER TRIGO GARCIA

Hijos políticos AGUSTIN ALVAREZ, JOSEFA SALGADO Y BEGONA LAGAREJ

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos SI

Hermanos políticos SI

* NIETOS POLITICOS: SI

ACE SANORA Y ANA ALVAREZ TRIGO Y ANA TRIGO SALGADO

Nietos _____ Bisnietos SI 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

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105613866

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de Colexio de

D./Dña. *Mauricio Leon Baamonde Cortés*
D. / Dña. *La Coruña*
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en *La Coruña*, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en *Santiago Compostela*, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colexio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
151506105
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: *AURORA*
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: *GARCIA*
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: *ALVAREZ*
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día *25* Mes *03* Año *1987*
Data de nacemento: Día Mes Ano
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: *32212497-4*
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos *0500* Día *30* Mes *06* Año *2023*
Hora e data da defunción: Hora : minutos Día Mes Ano

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: *Santiago 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) *PARO CARDIORESPIRATORIO*
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b)
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(c)
Debido a/Debido a

(d) *ALTERACIONES*
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
ICTUS
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?

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

315303
DR. MANUEL CÉSAR
BACARIZA CORTINAS

En San José, a 30 de Julio 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

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 defuncção se comece pela **causa imediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dizer, 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 transcurrido 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 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(o máis importante).

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

Ejemplo:

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.

Ejemplo: (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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (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.

Ejemplo: Diabete

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 AURORA GARCÍA ÁLVAREZ , con documento identificativo DNI, 32212491W según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 30 DE JUNIO DE 2025 a las 05:00 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 30 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
30/06/2025 19:14

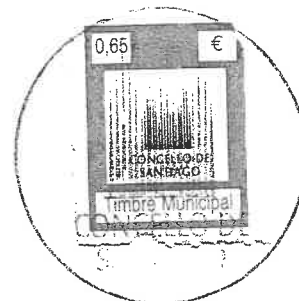
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:wJ4P-2hUj-5Yjk-B3bs



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

Sepultura - 9.861

0F00304-2

En cumprimento da Resolución da Concellería de Medio Ambiente e Convivencia de data 16 de decembro de 2015, 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	DNI
AURORA GARCIA ALVAREZ	32212491W

O prazo de concesión é de setenta e cinco anos¹, 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 translación 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 xaneiro de 2016

O CONCELEIRO DELEGADO DE MEDIO
AMBIENTE E CONVIVENCIA

O VICESECRETARIO

Asdo. Xan Xesús Dato Fernández
(R.D. Deceto 18.06.2015)

Asdo. José Ramón Alonso Fernández

¹ En aplicación do disposto no artigo 93.3 da Lei 33/2003, do 3 de novembro, de Patrimonio das Administracións Públicas que ten carácter de lexislación básica conforme ao apartado cinco da súa Disposición Final Segunda (BOE núm. 264, do 04.11.2003).

