

OTROS CONCEPTOS

Taxi Sacerdote →
 Huinimbi bñida →
 Bole restor →
 Cubredifuntos →

Pulido Tapa propiedad del Orentar - 40
 Doble Grabados - 330
 Revestimiento parametral - 200

TOTAL 690 -
 21300 FORMAS: NO

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	821'46
Capilla ardiente	SALA CORANTES Sala Prep. Si Libro NO	640 54
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado	DOMICILIO - CONFLETO	108
Prensa	NO	
Radio	NO	
Recordatorios fñebres / tarjetas	→	690
Ómnibus acompañamiento	→	
Turismo	Domido id. Paros en San Fernando	60
Certificado médico	Si Registro Civil: Santiago	3
Carroza	Personal	122 108 178
Ayunt.º: Sepultura	Boischa NICHU 4602 - XPinelo 10/2	80
Iglesia	CASILLA CORLETO	151 1610
Incineración	Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	NO	
Flores	Funeral Xfor Maria (s. file) 60 (107666) Acemba Colgan (R.B.) - tv familia • 193	
		2730 7350

FALLECIDO: CARMEN MARINO SANCHEZ

Fecha de fallecimiento 15- Julio - 2025

Domicilio ROMERO DONALDO, 415 - 41 E

Teléfonos: 621 35 49 38 E-mail:

CONCEPTOS

Arca modelo C-1 Medida

Capilla ardiente SALA CORANTES Sala Prep. Si Libro NO

Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUV

Carroza traslado ~~DOMICILIO - CONFLETO~~

Prensa

Radio

Recordatorios fñebres / tarjetas →

Ómnibus acompañamiento →

Turismo ~~Domido~~ id. ~~Paros en San Fernando~~

Certificado médico ~~Si~~ Registro Civil: ~~Santiago~~

Carroza Personal

Ayunt.º: Sepultura

Iglesia CASILLA CORLETO

Incineración

Presencian ☐ SI ☐ NO Destino

Cantores NO

Flores

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

NO UUV

FALLECIDO: CARMEN MARINO SANCHEZ

Fecha de fallecimiento 15- Julio - 2025

Domicilio ROMERO DONALDO, 415 - 41 E

E-mail:

CONCEPTOS

Arca modelo C-1 Medida

Capilla ardiente SALA CORANTES Sala Prep. Si Libro NO

Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUV

Carroza traslado ~~DOMICILIO - CONFLETO~~

Prensa

Radio

Recordatorios fñebres / tarjetas →

Ómnibus acompañamiento →

Turismo ~~Domido~~ id. ~~Paros en San Fernando~~

Certificado médico ~~Si~~ Registro Civil: ~~Santiago~~

Carroza Personal

Ayunt.º: Sepultura

Iglesia CASILLA CORLETO

Incineración

Presencian ☐ SI ☐ NO Destino

Cantores NO

Flores

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

ST:342

FALLECIDO: CARMEN MARINO SANCHEZ

Fecha de fallecimiento 15- Julio - 2025

Domicilio ROMERO DONALDO, 415 - 41 E

E-mail:

CONCEPTOS

Arca modelo C-1 Medida

Capilla ardiente SALA CORANTES Sala Prep. Si Libro NO

Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUV

Carroza traslado ~~DOMICILIO - CONFLETO~~

Prensa

Radio

Recordatorios fñebres / tarjetas →

Ómnibus acompañamiento →

Turismo ~~Domido~~ id. ~~Paros en San Fernando~~

Certificado médico ~~Si~~ Registro Civil: ~~Santiago~~

Carroza Personal

Ayunt.º: Sepultura

Iglesia CASILLA CORLETO

Incineración

Presencian ☐ SI ☐ NO Destino

Cantores NO

Flores

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

NO UUV

FALLECIDO: CARMEN MARINO SANCHEZ

Fecha de fallecimiento 15- Julio - 2025

Domicilio ROMERO DONALDO, 415 - 41 E

E-mail:

CONCEPTOS

Arca modelo C-1 Medida

Capilla ardiente SALA CORANTES Sala Prep. Si Libro NO

Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUV

Carroza traslado ~~DOMICILIO - CONFLETO~~

Prensa

Radio

Recordatorios fñebres / tarjetas →

Ómnibus acompañamiento →

Turismo ~~Domido~~ id. ~~Paros en San Fernando~~

Certificado médico ~~Si~~ Registro Civil: ~~Santiago~~

Carroza Personal

Ayunt.º: Sepultura

Iglesia CASILLA CORLETO

Incineración

Presencian ☐ SI ☐ NO Destino

Cantores NO

Flores

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

ST:342

FALLECIDO: Nombre CARMEN MARINO SÁNCHEZ D.N.I. Nº 09912584-K
id. de los padres RANÓN Y PILAR
Naturaleza DORMES - BOINORTO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26 - AGOSTO - 1924
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio ROMERO DONALDO, 45 - 4º
SANTIAGO.

Fallecimiento: Fecha: 01.00 horas del día 15 de JULIO de 2025
Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio BOSACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. EMILIO ÁLVAREZ MARINO (HIJO) D.N.I. 10026711-E
domiciliado en ROMERO DONALDO, 45 - 4º E SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres FAMILIA

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



Anna H. H. H.

09912584-K

EQUIPO 15771L6D1

IDESP09912584K2<<<<<<<<<<<<<<<
2408264F9912315ESP<<<<<<<<<<2
MARIÑO<SANCHEZ<<CARMEN<<<<<<<

FALLECIDA

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

10074

DNI 10026711E

APellidos: APELLIDOS
ALVAREZ
MARIÑO

Nombre: NOMBRE
EMILIO

SEXO: SEXO
M

NACIONALIDAD: NACIONALIDADE
ESP

NACIMIENTO: NACIMENTO
12 08 1951

FECHA: FECHA
06 02 2023

VALIDEZ: VALIDEZ
01 02 9999

NUM. SERIE: NUM. SÈRIE
CEL180555

905920

NATIONAL IDENTITY CARD - DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DONCELLO DOMINGO
AVDA. ROMERO DONALLO 45 P04 E
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

828711

LUGAR DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO
ORMEIA
BOIMORTO
A CORUÑA

EQUIPO EQUIPO
15771601

EMILIO / CARMEN

IDESPCEL180555310026711E<<<<<<
5108129M9901018ESP<<<<<<<<<<6
ALVAREZ<MARINO<<EMILIO<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)

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

105614558

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MANUELA PENEZ PARADA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

A CORUÑA
SANTIAGO

con el número

co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151510775

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

CARRER

MANIRO

SANCHEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 26

Mes 08

Año 1974

Sexo:

Varón

Mujer X

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

01:00

01:00

Día 15

Día 15

Mes 07

Mes 07

Año 2027

Año 2027

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO

Domicilio particular

Domicilio particular

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SEPSIS

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

SENECTOS

¿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

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

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 22 de Julio de 2015

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

- 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção 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 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 a 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 ☐ ☐ 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) 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) Pielonefríte crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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

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.

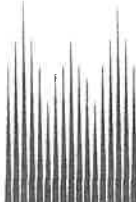
Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras 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.



**CONCELLO DE
SANTIAGO**



T I T U L O D E C O N C E S I O N

DE USO DO NICHU N° 1.602

DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

En cumprimento do Decreto da Alcaldía do 8 de maio de 2000 n° 1.31 e, acreditado o pagamento das taxas correspondentes na Tesourería Municipal, queda inscrito no Libro de Rexistro do Cemiterio a concesión de uso sobre o nicho n° 1.602, ubicado no módulo AC, fila 13, n° de orde 2°, do Cemiterio Municipal de Boisaca, en favor de DNA. **CARMEN MARIÑO SANCHEZ E FILLOS: DNA. Mª CARMEN-CLARA E D. EMILIO ALVAREZ MARIÑO**, polo prazo de noventa e nove anos, e limitado o seu uso á autorización previa do titular e suxeito ás disposicións do Regulamento do Cemiterio Municipal de Santiago de Compostela e ás súas modificacións.

Santiago de Compostela, a 9 de maio de 2000.

O ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL





MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CARMEN MARIÑO SÁNCHEZ , con documento identificativo DNI, 09912584K según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 15 DE JULIO DE 20025 a las 01:00 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 15 de julio de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
15/07/2025 12:02

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:GHza-\$NQd-nzXb-u2&x

