OTROS CONCEPTOS

063

ST-483
ST-349
SC-240

FALLECIDO: JULIO MIRÁS AMOR

Fecha de fallecimiento 18-JULIO-2025

Domicilio H. CLÍNICO

Teléfonos: 639738721 Cinés (Sobrino político) E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C.O S/CRUZ Medida 19	780
Capilla ardiente CÁMARA Sala Prep. Si Libro NO	73 | 54
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado X HOSPITAL - COMPLEJO	102
SÁBADO 12:00 Prensa NO	
Radio NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo id.	
Certificado médico X Si Registro Civil: ~~Santiago~~	3
Carroza Personal	129'50
Ayunt.º: Sepultura	
Iglesia NO	
Incineración Si 12:00 H Urna: Bio	351 | 125
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino CUSTODIA FAMILIAR	
Cantores Funeral: NO	
Flores NO	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	49'60 49'60 7350

FALLECIDO:

Nombre JULIO MIRÁS AMOR D.N.I. Nº 32306197-Y

id. de los padres JULIO Y JOSEFA

Naturaleza CASTELLÓN DE LA PLANA Provincia CASTELLÓN

Día, mes y año de nacimiento 6 - JULIO - 1943

Profesión Estado CASADO Domicilio C/RAMÓN PIÑEIRO, 19 1º B. SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 23:46 horas del día 18 de JULIO de 2025

Domicilio H. CLÍNICO

Cementerio CREMATORIO COMPLEJO FUNERARIO ARÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. GINÉS JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ (SOBRINO POLÍT.) D.N.I. 76675438-C

domiciliado en AVDA. DE COIMBRA, 9. 2ºA. 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

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos polí

Nietos Sobrinos Primos

y demás familia

Nota: Si hay ser

- Funeria 10:00 H Cortejo Fúnebre solicitud y Recoger Enseñar Urna Bio
- Llamar para recoger cenizas sábado tarde
- Ir a partir del lunes documentación - Martes

ES

32306197Y

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 32306197Y

APELLIDOS / APELLIDOS
MIRAS
AMOR

NOMBRE / NOME
JULIO

SEXO / SEXO: M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACIMIENTO: 06 07 1943

EXPEDICIÓN / EMISIÓN: 08 01 2024
VALIDEZ / VALIDEZ: 01 01 9999

NUM SOPORTE
CHA173330

085504

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO DOMICILIO
C. RAMON PIÑEIRO 19 P01 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

ESQUEMA / ESQUEMA
15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
CASTELLON DE LA PLANA
CASTELLON

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JULIO / JOSEFA

IDESPCHA173330632306197Y<<<<<<
4307062M9901018ESP<<<<<<<<<<<3
MIRAS<AMOR<<JULIO<<<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

CBK154750

DNI 76596398G

APELLIDOS / APELIDOS
GARCIA
LOPEZ

NOMBRE / NOME
JOSEFA

SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 22 08 1943

EMISIÓN / EMISIÓN: 18 03 2022
VALIDEZ / VALIDEZ: 01 01 9999

NUM SOPORTE
CBK154750

027584

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. JUAN ANDRES 30 P02 C
MADRID
MADRID

EQUIPO / EQUIPO
27421A6DV

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BECERREA
LUGO

HIJO/A DE / FILLO/A DE
RAMIRO / MODESTA

IDESPCBK154750776596398G<<<<<<
4308221F9901018ESP<<<<<<<<<<<1
GARCIA<LOPEZ<<JOSEFA<<<<<<<<<<

OMC

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA - Sello/Selo

Colegio de / Colexio de

105614577

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A / CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. / D. / Dna. RAMÓN Infante Nayo

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 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO SANTIAGO

Colegio actual / Colexio actual — Nº de colegiado/a / Nº de colexiado/a: 15151338 36

1ª colegiación / 1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 06 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 1943

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 32306197-Y
- [ ] 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* 23:46 — Día / *Día* 19 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 2025

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* [ ] — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [X] — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* [ ] — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* [ ] — Otro lugar / *Otro lugar* [ ]

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas da defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) NEUMONIA BRONCOASPIRATIVA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) FISTULA DURAL PARIETAL IZQ — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

NASA PULMONAR — 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 RESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

HIPOTENSION — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

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

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* [X] No/*Non* [X]

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I [ ] II [ ] III [ ]

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Sí* [X] 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 19 de JULIO de 2025
En ____, a ____ de ____ de ____

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 4 5 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 ↓ Horas 3 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 ↓ Horas [ ] Días [ ] Meses [ ] Años 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas [ ] Días [ ] Meses [ ] Años 2

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

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 — Horas [ ] Días [ ] Meses [ ] Años 1 0

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 — Horas [ ] Días 4 5 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 ↓ Horas 3 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 ↓ Horas [ ] Días [ ] Meses [ ] Anos 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas [ ] Días [ ] Meses [ ] Anos 2

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 — Horas [ ] Días [ ] Meses [ ] Anos 1 0

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 — Horas [ ] Días [ ] Meses [ ] Anos 5

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.

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 JULIO MIRAS AMOR
a defunción de don/a
ocurrida a las 23:46 **horas del día** 18
ocorrida ás **horas do día**
de JULIO **de** 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 fallecemento
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~~ 12 **horas siguientes a la del fallecimiento.**
12 ~~[illegible]~~ **horas do fallecemento**

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de

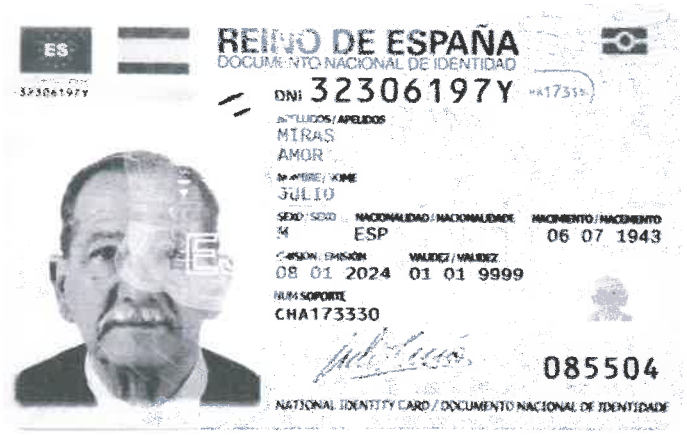
A 19 **de** JULIO
O **de**
de 2025
de

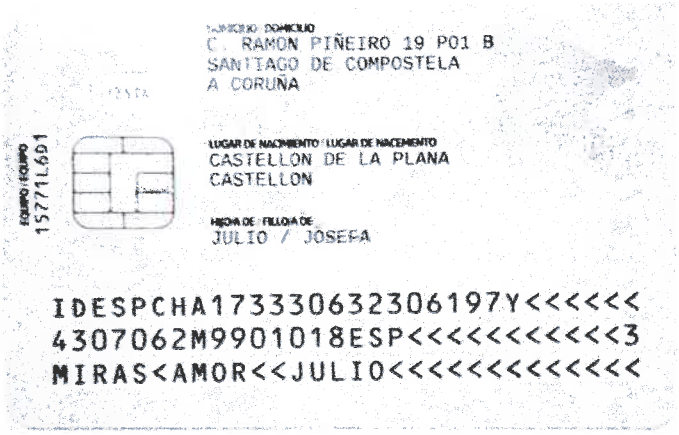
(El Juez)
(O xuíz)

LETRADO/A DA ADMINISTRACIÓN DE XUSTIZA
FE PÚBLICA XUDICIAL
JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 1 • SANTIAGO

Yo, Doña Mercedes García López con NIF. 33782950K, en calidad de esposa de Don Julio Miras Amor con NIF. 32306197Y, autorizo a mi hermana Doña Josefa García López con NIF 76596398G a firmar toda la documentación respecto al sepelio de mi difunto esposo cumpliendo el total de sus voluntades.

En Santiago de Compostela
a 19 de Julio de 2025.





FALLECIDO

SOLICITANTE (SOBRINO POLÍTICO)