

OTROS CONCEPTOS

1 rosa clarito si hay

EXPERO (var.) Blanco: CARBONIA, EVA E FAMILIA (6)

16018 P.B., Familia Sánchez Pérez, 7 PV

~~na Companhia de Caza do Pau-Illo~~ ~~Pau Illo~~ ~~Luz~~ ~~(Jardão)~~

entre 18 meses: Sin cinta 202
en cambio de 15 fls. Fls. Vicio y Janik

PAGADO

2/1/2 modelo PAGADO Juan y familia

entre 18 rosas: Tus amigos de Casaparc 222

1) La Sepultura, según el Registro Cementerio, queda UQUEA, hasta que cambien la titularidad. -

Passara FREG. curtin

2015

FALLECIDO: ESPERANZA FREIRE CUTRIN

Fecha de fallecimiento..... 23- Julio - 2025

Domicilio: RESIDENCIA STA OLGA

Teléfonos: 649.781.532 R.7A
 E-mail: (hí3d)

CONCEPTOS

Arca modelo	C-1	Medida
		1.9

Capilla ardiente SALA TRAZERIA Sala Prep. Si Libro ~~Si~~

Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV.....

~~Residencia - Conflicto~~

QUESTIONS

[illegible]

Radio

Ómnibus acompañamiento

Turismo id.

Certificado médico ~~Si~~

Carroza

~~Ayunt.º: Sepultura~~ Boissac S.

Iglesia CAPILLAR CONQUISTO

Incineración ☐ SI ☐ NO

Decomposición ☐ SI ☐ NO

Presencial ☐ SI ☐ NO
Cantores **50**

✓ COLONY 2 B : 01/

Flores

2 / CENTRO 14 R.B.:
(CARINA CATI)

..... (as per page 2-3)

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 19
Capilla ardiente	SALA MATERIA	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUUW
Carroza traslado	RESIDENCIA - COMPLETO	
	COMPLETO - 3	
Prensa		
Radio	1 RADIO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	1 id. Recepcion en Sala	
Certificado médico	Si	Registro Civil: Recepcion
Carroza		Personal 10:00
Aviunt.º: Sepultura	BOISACA SEP 2054	18 NOV LAPIDA
Iglesia	CAPILLA COMPLETO	
Incineración		Urna:
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino Recepcion email
Cantores	NO	Funeral: JOSE
Flores	30 1 CORONA R.B.: 01 TEUS FLORES E FIDEL PAIT'0	
	12 1 CORONA R.B.: 05 TEUS NERES E NERES PAIT'0	
	1 CENTRO 14 R.B.: 05 TEUS BISNETES	
	(ENCIMA CASA)	
☒ Sudario	☐ Cubredifuntos	☒ Acondicionamiento
		☒ Rosario

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario .

Downloaded from <https://www.cambridge.org/core>. University of Cambridge, on 01 Jun 2018 at 12:00:00, subject to the Cambridge Core terms of use, available at <https://www.cambridge.org/core/terms>. <https://doi.org/10.1017/9781315325470.008>

FALLECIDO: Nombre ESPERANZA FREIRE CUTRÍN D.N.I. Nº 33703677-A
id. de los padres JOAQUÍN Y DOLORES
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 1- JUNIO - 1935
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio SANTIA, 30 - BOQUEIXÓN
RESIDENCIA SA OCAIA

Fallecimiento: Fecha: 16:39 horas del día 23 de JULIO de 2025
Domicilio RESIDENCIA SANTA OCAIA - BOQUEIXÓN
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Rita Mª Dominga Freire (hija) D.N.I. 33281534M
domiciliado en Rua de Vise Amie, 28 - Sta

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 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

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

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

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



https://certificados.cgcom.es

TNPSVEELHK

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

104769690

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Elizabeth Norbilla García
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Santiago de Compostela
A Coruña

con el número
co número

Colegiado actual
Colegiado actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514676

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ESPERANZA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

FREIRE

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

CUTIÑ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

01

Mes

Mes

06

Año

Año

1935

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

X

Documento
de identidad:

Documento
de identidade:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

☐ Pasaporte

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

33203677-A

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

16:39

Día

Día

23

Mes

Mes

07

Año

Año

2025

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

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) FALLA ORGANICA

Debido a/Debido a

Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(e)

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

Si/Si No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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 Si/Si Accidente laboral Si/Si

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 Bogueixon, a 23 de Julio de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

Elizabeth Mantalón

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 0 0 0 0 0

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 0 0 0 0 2 0

(c) Pielonefritis crónica

debido a 0 0 0 0 2 0

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.

Instrucciones 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 excluyentes, 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.

Ejemplo:

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 0 0 0 0 0

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 0 0 0 0 2 0

(c) Pielonefrite crónica

debido a 0 0 0 0 2 0

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 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.Emplegar 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.

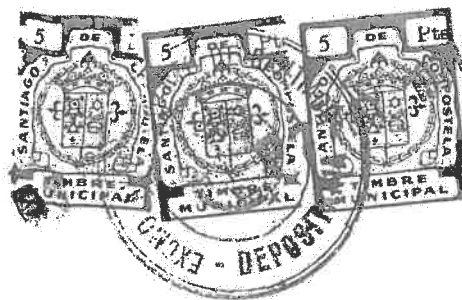
Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



EXCMO. AYUNTAMIENTO

DE

SANTIAGO DE COMPOSTELA



El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, doña Dolores Cutrin Garcia
..... ha satisfecho la cantidad de
DOS MIL. - - - - - pesetas, como
precio fijado por dicha Corporación para adquirir el derecho de pro-
piedad de la sepultura en tierra de segunda
clase del Cementerio municipal de Boisaña.
número dos mil cincuenta y cuatro (2.054)

Por tanto, se concede a doña Dolores Cutrin Gar-
cia.
el derecho de propiedad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo
adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayun-
tamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el día
veintiocho----- de noviembre--
de mil novecientos sesenta y ocho.
con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autorizaci6n
de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona sin su
expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.

En los casos de traslación de dominio por herencia, venta o donación,
debe darse conocimiento a la Excmo. Corporación Municipal, presen-
tando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será reconocido
el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio del Libro correspondiente.
Palacio municipal de Santiago de Compostela, a veinte----- de Diciembre
de mil novecientos sesenta y ocho.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE,

EL SECRETARIO,

Título de propiedad de la sepultura en tierra de segunda.
clase del Cementerio Municipal de Boisaña.
señalado con el número dos mil cincuenta y cuatro (2.054)



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ESPERANZA FREIRE CUTRÍN
, con documento identificativo DNI, 33203677A según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 23 DE JULIO DE 2025
a las 16:39 horas, acaecida en BOQUEIXÓN .

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 24 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
24/07/2025 10:12

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:UbX\$m6KK-ugT2-nEDB

