

OTROS CONCEPTOS

en urna caya: Tus Nietos e nietas 140+100
re: Tu bisnieto. Centro especial
no 140 - Tus Hermanas **PAGADO** TPV
✓ libro 18 resaca **PAGADO** SIN PL. 1187
entro modelo 1 **PAGADO** SIN PL. 1186
entro mod 2 blanco: Jeff **PAGADO** de tu nieto TPV

Arca, tarator, prensa 2, 2 coronas, libro fimer
incineración, urna, caabe con urns, servicio religioso

FALLECIDO: MANUEL MIGUEZ VALINAS
Fecha de fallecimiento 26 DE AGOSTO DE 2027
Domicilio ORTONIÑO, 64 - ORTÓN - ARES
Teléfonos: 687214030 Julio (Hijo) E-mail: julio.miguez.segondo@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo ☒ CONCRUZ	Medida 1,90	
Capilla ardiente ☒ ORADORO	Sala Prep. ☒ Libro ☒ SI	
Gestión funeraria ☒ SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado ☒ HOSPITAL AL COMPLEJO		
Prensa ☒ X Correo 2 Correo 3		
Radio ☒ X (Voz Chay)		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo 1 id. TAXI	RECOGER COLEGIO MAYOR SAN AGUSTÍN	
Certificado médico ☒ SI	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	Personal	117+100
Ayunt.º: Sepultura	ORTÓN	inhumación
Iglesia ☒ X CAPILLA COMPLEJO		
Incineración ☒ SI	Urna: ☒ SI	90+10
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	SEPULTURA
Cantores ☒ X Felin	Funeral:	FAMILIA (D. DANIEL)
Flóres ☒ X Coronas Tu Esposa Coronas Tu Esposa Coronas Tus hijos e hijos Políticos		
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos	☒ Vestir	☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre MANUEL MIGUEZ VALIÑAS D.N.I. Nº 33182983-D
id. de los padres JOSÉ Y MARÍA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 22 DE NOVIEMBRE DE 1947
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio ORTONIÑO, 64 - ORTÓN - AMES (A CORUÑA)
Fecha: 22:48 horas del día 26 de AGOSTO de 20 25
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
SANTIAGO (A CORUÑA)
Cementerio CREMATORIO COMPLETO APOSTEL Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: Nombre CONCEPCIÓN SEGUNDO MATA
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. JULIO MIGUEZ SEGUNDO (HIJO) D.N.I. 33293284-W
domiciliado en ORTONIÑO, 64 - ORTÓN - AMES (A CORUÑA)
D/ña. MANUEL MIGUEZ VALIÑAS ^L SEÑOR (Vecino de Ortoniño - Orton - Ames)
falleció en _____ en el día de 26/8/25 a los 77 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____
Su esposo/a CONCEPCIÓN SEGUNDO MATA
Hijos José Manuel, Julio, María Belén Miguez Segundo
Hijos políticos Esperanza Jiménez Torjan, María Victoria Rocha Almeida y José Ramón
Padres Freda Martínez
Abuelos _____
Padres políticos y M.ª del Carmen. -
Hermanos Mari Gloria y Elena Miguez
Hermanos políticos si
Rita, Diego, David, Manuel y Martín. -
Nietos Pedro David. - Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos si Primos si
y demás familia.- Conducción Mateo
Funerales _____
en la iglesia de Capilla Gapeyá Obadán.
CASA MORTUORIA: _____
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

(no)


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105619438

Colegio de

A CORUÑA

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. UXÍA MARTÍNEZ LAGO

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el númeroy con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1 5 3 6 0 8 4 1 8

1ª colegiación
1ª colegiación**CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de**

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MANUEL

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

MIGUEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

VALIÑAS

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

3 3 1 8 2 9 8 3 - D

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

- - - - -

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro 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) PARADA CARDIACA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) SHOCK SEPTICO

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) HEMOPERITONEO

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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

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 SANTIAGO, a 26 de AGOSTO de 2025
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

153608418
UXIA MTNEZ LAGO

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 45 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 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

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 10 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 defunção se comece pela **causa imediata** 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 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 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 45 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 Horas Días Meses Años

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 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica debido a 2 Horas Días Meses Años

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 10 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 5 Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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.



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **27 de agosto de 2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MANUEL MÍGUEZ VALIÑAS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33182983D**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **26** de **08** de **2025** a las **22:48** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** del cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran **DOCE** horas desde la del fallecimiento.



