

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: MANUEL GINARTE CABADA

Fecha de fallecimiento

4 - AGOSTO - 2025

Domicilio C/GENERAL PARDINAS, 36 - 5 - C

Teléfonos: 68755262 FERNANDO

(Hijo)

E-mail: FEGV1880@GMAIL.COM

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	190
Capilla ardiente	CERVANTES	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado	DOMICILIO - TANATORIO		490
Prensa	CORREO N°4 (MARTES)		
Radio	HABERES		400
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	id. de la casa		46
Turismo	id. de la casa		3
Certificado médico	Si (HADO)	Registro Civil:	SANTIAGO
Carroza	id. de la casa	Personal	122/124
Ayunt.º: Sepultura	BOISACA PANTEÓN 29 RUA B - PANELO 135		
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO		
Incineración		Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	Datos S. Fernando
Cantores	NO	Funeral:	JUAN VENTURA
Floras	1 CENTRO 24 ROSAS BUENDAS: ROSAS HIJOS		143
	CENICIA CAJA		95
(NO RECIBEN FLORES)			

INSCRIPCIÓN FICHA NACIMIENTO DISTINTA DNI
Diciembre . 2017 M: DE LA CONCEPCIÓN VAL RIVERA

PANTEÓN 29 RUA B (BOISACA)
PAD. MANUEL GINARTE CABADA

ENCIMA DE MARIA DE LA CONCEPCIÓN VAL RIVERA

FALLECIDO: Nombre MANUEL GINARTE CABADA D.N.I. N° 33018714-Y
id. de los padres ALBINO Y CARMEN
Naturaleza A ESTRADA Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 28-MAYO-1932
Profesión _____ Estado VIUDO Domicilio C/GENERAL PARDINAS, 36-5°-C
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 11:00 horas del día 4 de AGOSTO de 2025
Domicilio C/GENERAL PARDINAS, 36-5°-C - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. FERNANDO FRANCISCO GINARTE VAL (HITO) D.N.I. 33299648.H
domiciliado en C/ASTORGA, 5-5°-SANTIAGO
EL SEÑOR

D/ña. MANUEL GINARTE CABADA (VECINO DE SANTIAGO)
(VIUDO DE MARIA DE LA CONCEPCION VAL RIVERA) (NATURAL DE LA ESTRADA)
falleció en _____ en el día de _____ a los ~~33~~ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a JAVIER
Hijos MANUEL, MARÍA INMACULADA, CARLOS (I) Y FERNANDO FRANCISCO GINARTE VAL

Hijos políticos TERESA NEIRA GONZALEZ

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos ADELINA GINARTE CABADA (VIUDA DE ARTURO MORQUE RÍOS)

Hermanos políticos MARIANO JOSÉ VAL RIVERA Y JOSETINA BARBEIRA POSE

Nietos CARLOS, JAVIER Y CARMEN

Bisnietos NO Tíos _____ 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



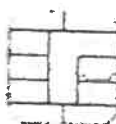
DOI 33018714Y

William T. ...

392128

RUA. XENERAL PARDIRAS (803) 0030 P04 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

15771L601



**A ESTRADA
PONTEVEDRA**

ALBINO / CARMEN

IDESPBF187732033018714Y<<<<<<
3205286M9901018ESP<<<<<<<<<<3
GINARTE<CABADA<<MANUEL<<<<<<<<

FALLECIDO



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105614366

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

A CORUÑA

D./Dña.
D. / Dna.

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

A CORUÑA

, con el número
, co número

SANTAGO DE COMPOSTELA

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

151511280

1ª colegiación
1ª colexiación

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:

SINANTE

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

SABIDO

Fecha de nacimiento
Data de nacementoDía 28
DíaMes 05
MesAño 1932
AñoSexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número: 33018714-4

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número: - - - - -

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunciónHora : minutos 11:00
Hora : minutosDía 05
DíaMes 08
MesAño 2025
Año

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

SANTAGO

Domicilio 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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALGADA SINTOMAS SANGUÍNEOS

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) NEOPLASIA PRISTOTRICA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

CAQDOPATTA ISQUEMICA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐Fecha del mismo: Día 00 Mes 00 Año 00
Data do mesmo: Día 00 Mes 00 Año 00Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

Si/Si ☐ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

SIN CONTRAINDICACIÓN DEBE
EN PUNTO DE VISTA MÉDICO
PARA INCINERACIÓN

En Santiago, a 27 de Agosto 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

- 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 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 Defunção.

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 excluíntes, 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 defunção. 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: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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.

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 licenza para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licenza 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 falecemento, a licenza 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 estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO
Téndose inscrito no Rexistro Civil de SANTIAGO
la defunción de don MANUEL GINARTE CABADA
a defunción de don/a MANUEL GINARTE CABADA
ocurrida a las 11:00
ocorrida ás 11:00

de AGOSTO horas del día 4
de 2025 horas do día 4

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento: DOCE

do fallecimiento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede DOCE permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.

vintecatro horas do fallecemento

Registro Civil de SANTIAGO
Rexistro Civil de SANTIAGO

A 5 de AGOSTO
O 5 de 2025
de 2025

(El Juez) LAS
(O xuíz)



