

OTROS CONCEPTOS

to 18 R.R.º Fam. **PAGADO** PV 860957419 (Carran Otero) S1039
 40 R.R.º Fam. **PAGADO** web S1041
 40 R.R.º Fam. **PAGADO** Diat Calvo S1072 (PV 1045)
 entro modelo 2 **PAGADO** e Plante e efectivo
 entro 18 R.R.º Fam. **PAGADO** y familia S1072 (PV 1045)

Carla @ p-seguras.com
 luciapodouro @ p-seguras.com
 miligfer @ p-seguras.com

FALLECIDO: **JOSÉ SANDE BREA**

Fecha de fallecimiento **5- AGOSTO-2025**

Domicilio **H. CLINICO TRA TABANISCAS N.º 46-1º-STGO.**

Teléfonos: **635056917- RAHON** E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1.90		GM 50
Capilla ardiente ACERVANTES	Sala Prep. SI	Libro X SI	640154 2813
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV		173
Carroza traslado X HOSPITAL - COMPLETO			167
Prensa X CORREO BALLEGU N.º 2			210
Radio NO			
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO			
Ómnibus acompañamiento NO			
Turismo BARSIL Id. RECORDER EU SAN CAYETANO			1730 46
Certificado médico X SI	Registro Civil: STGO.		3
Carroza X SI (2)	Personal X SI		121075
Avunt.º: Sepultura BOISACAP 5395			130
Iglesia X CAPILLA COMPLETO			151
Incineración —	Urna: —		— 70
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino		
Cantores SI Xavier	Funeral: X Don Victor		60 (109088)
Flóres CORONA 40 R. ROSAS - TU ESPASA			143
	CORONA 40 R. BLANCAS - TU ESPASA		143
	CENTRO 20 R. BLANCAS - TUS NIETOS		143
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			2410 7110

2 tarjetas parking.

FALLECIDO: Nombre JOSÉ SANDE BREA D.N.I. Nº 33146992-J
id. de los padres RAMÓN Y ENCARNACIÓN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 5-FEBRERO-1937
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio R/TABANISCAS N:46
1º - SANTIAGO
Fecha: 10:15 horas del día 5 de AGOSTO de 2025
Fallecimiento: Domicilio H. CLINICO - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º STGO.
Cónyuge: Nombre MARIA DEL CARMEN MIRAMONTES NOVAIS
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____
D/ña. JOSÉ SANDE BREA L SEÑOR
(BODEGAS SANDE)
falleció en _____ en el día de 5/8/2025 a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____
Su esposo/a MARIA DEL CARMEN MIRAMONTES NOVAIS
Hijos JOSÉ MANUEL (+), MIGUEL ANGEL (+) Y RAMÓN SANDE MIRAMONTES
Hijos políticos NATALIA DIAZ BUDIÑO
Padres NO NIETOS: DIEGO, YAIZA, ANGELA, RUBÉN, PEDRO Y PEPE
Abuelos NO
Padres políticos NO
Hermanos SI
Hermanos políticos SI
Nietos SI Bisnietos NO Tíos NO Sobrinos SI Primos SI
y demás familia.- Conducción _____
Funerales _____
en la iglesia de CAPILLA COMPLETO.
CASA MORTUORIA: SALA CERVANTES
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN<https://certificados.cgcom.es>

OSVQMAQ8LD

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

103879130

Sello/Carimbo

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. VERÓNICA GONZÁLEZ VIGO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

A CORUÑA

con el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151511872

1ª colegiación
1ª colexiacióny con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A CORUÑA

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 05

Mes 02

Año 1937

Sexo:

Varón X

Mujer

Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

33146992-5

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

10:15

Día 05

Día 05

Mes 08

Mes 08

Año 2025

Año 2025

¿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 trabajo☐ 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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) MEMBRAGIA DIGESTIVA ALTA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿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
Accidente de tráficoNo/Non
Sí/SíAccidente laboral
Accidente laboralNo/Non
Sí/SíFecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Firma del médico
Sinatura do médico

Sello/Carimbo

8740018

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

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

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

Horas	Días	Meses	Años

(c) Pielonefritis crónica debido a

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

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 defuncção 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: "Enfermedade 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 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	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) Hemorragia cerebral debido a

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

Horas	Días	Meses	Años

(c) Pielonefrite crónica debido a

Horas	Días	Meses	Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermedade 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: Diabetes

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 ambigüedades.
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.

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
SANDE

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
BREA

NOMBRE / NOME
JOSÉ

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
05 02 1937

IDEMP
AHW170999

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

SB

UNT NUM.
33146992J

NA

FALLECIDO

DOMICILIO / DOMICELLO
RUA. DAS TABANISCAS 46 POA
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

EUROPEO / EUROPEO
15771LGD1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

FUJIA DE / FILLDIA DE
DOMINGO / LUISA

IDESPBY195466833170921E<<<<<<
4411053F9901018ESP<<<<<<<<<<6
MIRAMONTES<NOVAIS<<MARIA<DEL<C

DECLARANTE (ESPOSA)

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
MIRAMONTES
NOVAIS

NOMBRE / NOME
MARIA MANUELA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
16 10 1940

NUM BC PUNT VALIDEZ / VALIDEZ
BFM191348 01 01 9999

Manuela Miramontes Novais

DOMICILIO / DOMICILIO

C. VISTA ALEGRE 127 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

MADRA DE / FILLOA DE
DOMINGO / LUISA

IDESPBFM191348033170920K<<<<<<
4010168F9901018ESP<<<<<<<<<<9
MIRAMONTES<NOVAIS<<MARIA<MANUE

DNI 33170920K

610944

COPROPIETARIA

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 falecemento, 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

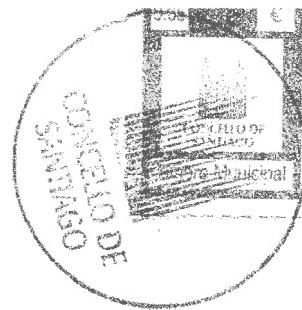
Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO
Téndose inscrito no Rexistro Civil de SANTIAGO
la defunción de don JOSE SANDE BREA
a defunción de don/a JOSE SANDE BREA
ocurrida a las 10:15
ocorrida ás 10:15

horas del día 5
horas do día 5
de AGOSTO de 2025
de AGOSTO de 2025
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 falecemento DOCE
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 horas siguientes a la del fallecimiento.
DOCE
vintecatro horas do falecemento DOCE
Registro Civil de SANTIAGO
Rexistro Civil de SANTIAGO

A 6 de AGOSTO
O 6 de AGOSTO
de AGOSTO
de AGOSTO

(El Juez) LAS
(O xuíz)





TITULO DE UNIDADE DE ENTERRAMENTO DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

Sepultura - 5.395

0A0010117

Outorgada a Propiedade por Acordo da Comisión Municipal Permanente de data 31 de maio de 1972 e autorizada a transmisión do dereito funerario por Resolución da Concellaria de Medio Ambiente e Convivencia de data do 29 de agosto de 2016, a favor de:

Titulares	DNI	Cota participación
MARIA DEL CARMEN MIRAMONTES NOVAIS	33170921E	Unha metade indivisa
MARIA MANUELA MIRAMONTES NOVAIS	33170920K	Unha cuarta parte indivisa
FRANCISCO MIRAMONTES NOVAIS	33171768H	Unha cuarta parte indivisa

O uso da unidade de enterramento esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

Únicamente se autorizará o uso da unidade de enterramento por pedimento expreso da maioría dos partícipes.

En caso de traslación de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se reconecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 29 de agosto de 2016

O CONCELLEIRO DELEGADO DE MEDIO
AMBIENTE E CONVIVENCIA

O SECRETARIO XERAL DO PLENO

Asdo.: Xan Xesús Duro Fernández
(P.D. Decreto 16.06.2016)

Asdo.: Francisco Javier Castiñeira Izquierdo

