

OTROS CONCEPTOS

Centro 18 casas ref. Familia Vidal Mazas (Luis Vidal)

FALLECIDO: ERMITAS GARCIA HARIÑO

Fecha de fallecimiento 23 - SEPTIEMBRE - 2028

Domicilio H. Conxo

Teléfonos: 627441537 - ISABEL - E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1.90	821'8 - 57528
Capilla ardiente	PRATERIAS	Sala Prep. Si Libro Si	640+54+1680
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	146
Carroza traslado	HOSPITAL - COMPLETO		65
	CARRERO GALLEGOS N°3 (MIERCOLES)		375
Prensa	18:00		
Radio	X - RADIO (MARTES)		114'88
Recordatorios-fúnebres / tarjetas	100		*
Ómnibus acompañamiento	NO		*
Turismo	bono id RECoger EN DOMICILIO		
Certificado médico	Si	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal		158 + 127
Ayunt. Sepultura	Balsaca - 6768 Pinelo		150
Iglesia	CAPILLA COMPLETO (1 BOLSA ROSAS)		151 160
Incineración	Urna:		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	NO	Funeral	JUAN VENTURA 60 (112270)
Flóres	5 ROSAS ROJAS Y 1 BLANCA		143
	40 ROSAS TUAS FILLAS E FILLOS POLITICOS		143
	1 CORONA 40 R.B.-OS TEUS NETOS E NETAS POLITICOS		143
	1 CENTRO 18 R.B. (E.C.) OS TEUS BISNETOS		23

RETIRADA LAPIDA, RECOPIA DE RESTOS ENTERRAR EN CUERPO DE ABATO

☒ Sudario ☒ Cubrefuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

24'180 7350

27-646 ST-475

FALLECIDO: Nombre ERMITAS GARCIA MARIÑO D.N.I. Nº 330179087
id. de los padres EDUARDO Y JESUSA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 22 DE FEBRERO DE 1934
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio C/VIRXE BRANCA
Nº 39 - CASTIÑEIRIÑO - STGO
Fecha: 8:30 horas del día 23 de SEPTIEMBRE de 20 25
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL DE CONTO - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º STGO.
Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____
D/ña. LA SEÑORA ERMITAS GARCIA MARIÑO (VDA. FERNANDO "EN GALEGO" TURNES ROZAS)
falleció en CASTIÑEIRIÑO en el día de 23/09/25 a los 91 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____
Su esposo/a _____
Hijos Mª JESUS, ERMITAS, BEGOÑA, ISABEL Y ANA BELEN TURNES GARCIA
Hijos políticos XABIER BALDOMIR PEGO, RICARDO VIGO GARCIA & JOSÉ MANUEL FREIRE VAZQUEZ
Padres NO NIETOS: ENRIQUE E FERNANDO VILARIÑO, ELBA E XIANA
Abuelos NO BALDOMIR; FERRAN PERICAY; DANIEL PORTEIRO E
Padres políticos NO LAURA VIGO
Hermanos: MANUEL GARCIA MARIÑO
NIETAS POLITICAS: CRISTINA FERREIRO E CELINE DEVOUASSOUX
Hermanos políticos SI
Nietos SI Bisnietos MATEO, GABRIEL E LORIS Tíos NO Sobrinos SI Primos SI
y demás familia.- Conducción _____ AMIGOS
Funerales _____
en la iglesia de CAPILLA COMPLETO
CASA MORTUORIA: SALA PRATERIAS
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

GARCIA
MARINO
ERMITAS
F
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
22 02 1934
NÚMERO
ARU134261
VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

GMR

33017908M



SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
EDUARDO / JESUSA
RUA. VIRXE BRANCA 39 P01
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA PAÍS / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA
EQUIPO EQUIPO
15771L6D1

IDESPARU134261433017908M<<<<<<<
3402225F9901018ESP<<<<<<<<<<<<3
GARCIA<MARINO<<ERMITAS<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
TURNES
GARCIA
NOMBRE / NOME
MARIA JESUS
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
13 07 1956
NÚMERO
BJF179229
VALIDEZ / VALIDEZ
06 03 2029

DNI 33227138G

897664

DOMICILIO DOMICILI
C. TOURO 41 P03 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJO DE / FILLO DE
FERNANDO / ERMITAS

IDESPBJF179229533227138G<<<<<<<
5607138F2903068ESP<<<<<<<<<<<<7
TURNES<GARCIA<<MARIA<JESUS<<<<<<<

DECLARANTE (HIJA)

TITULO DE UNIDADE DE ENTERRAMENTO DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

Sepultura - 6.768

0C0091308

Outorgada a concesión a perpetuidade por acordo da Comisión Municipal Permanente de data 15 de maio de 1975 e autorizada a transmisión do dereito funerario por resolución da concelleira delegada de políticas sociais e saúde de data 20 de novembro de 2019, a favor de:

Titular
ERMITAS GARCÍA MARINO

DNI
33017908M

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.

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

Santiago de Compostela, 20 de novembro de 2019

A CONCELLEIRA DELEGADA DE POLÍTICAS
SOCIAIS E SAÚDE

O VICESECRETARIO

Asdo.: María Milagros Castro Sánchez
(Acordo Xunta de Goberno da Cidade de Santiago de
Compostela do 19.6.2019)

Asdo.: José Manuel González García





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 23 de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a ERMITAS GARCÍA MARIÑO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33017908M, según consta en la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **23** de **09** de **2025** a las **08:30** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

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





CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105613465

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. SOMIA MOLINOS CASTRO LICENCIADA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en COLEGIO MEDICO A CORUÑA, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1509015-3

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Ano

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:
Número:

Número:

Documento
de identidad:

☐ 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

Día

Día

Mes

Mes

Año

Ano

¿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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas 03 Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) SEPSIS URINARIA KLEBSIELLA
PNEUMONIAE

Horas 07 Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) INSUFICIENCIA MITRAL

Horas Días Meses Años 01

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 de tráfico Sí/Si

Accidente laboral No/Non
Accidente laboral Sí/Si

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa _____

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 SANTIA, a 23 de SEPTIEMBRE de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]

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

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 defunção se comece pola **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 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 a 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.

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) Hemorragia 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 ☐ ☐ 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 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.