OTROS CONCEPTOS

...O FU MOD 1 TU HERMANO ... Y SOBRINOS EFECTIVO 77 — PAGADO

...RO 24 R.R.: TU HIJO ÓSCAR Y MADRE — PAGADO — T.P.U. (RECEP)

...EÓN: TU HIJO DANI — PAGADO — T.P.U. (RECEP)

...RO 88€: TU TÍO PEPE — PAGADO — T.P.U. (RECEP)

...RO 18 R. 88€: TU SOBRINA ... YANI E HIJOS — PAGADO — T.P.U. (RECEP)

...RO 18 R. MORADAS: CON CARIÑO DE TUS CONSUEGROS E HIJOS (PATRI - ISA) efectivo — PAGADO

...RO 24 R. ROJAS: CON CARIÑO DE TUS TÍOS ANTONIO, OLIVA Y PRIMOS 104€ EFECTIVO PATRI)

...NA 4 R.: RDO. DE TU HERMANA Mª EUGENIA E ANTONIO 157'30 (EFECTIVO PATRI)

...TRO 18 R. BLANCAS: RDO. DE TU SOBRINO ADRIÁN ANTONIO 88 (EFECTIVO PATRI)

...RO COLGAR U1: TU HIJO TOÑO Y TU NIETA YOMARA 157'30 efectivo (PATRI - ISA)

...PEQUEÑA: TUS NIETOS OMAR Y YEISY 157'30 efectivo (PATRI - ISA) — PAGADO

...NTRO (18 R.R.): CEIP A MAÍA (TRE)

...NTRO (18 R. BR): COMPAÑEROS SEGURIDAD DE TU HIJO JAVIER web

---

ST: 119

FALLECIDO: MANUEL JAIME POMBO MARTÍNEZ

Fecha de fallecimiento 1-11-2025

Domicilio AVDA MAHÍA Nº 70 - 3º BERTAMIRÁNS

Teléfonos: 638359371 - DANIEL E-mail:

LA FE 3.160 € / 881.1154

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C1 — Medida	
Capilla ardiente X Bertam. 2 — Sala Prep. Sí — Libro Sí	
Gestión funeraria Sí — ☒ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X Domicilio - Tanatorio	
Prensa X CORREO Nº 2 (LUNES 10:00)	
Radio (*) RADIO - DOMINGO	
Recordatorios fúnebres/ ~~tarjetas~~ X 8X/100	
Ómnibus acompañamiento → Conservación Temporal	
Turismo — id. (*) Carroza Ortoño - Carballo	
Certificado médico X Sí — Registro Civil: AMES (Stgo)	
Carroza Conducción + flores — Personal Sí	
Ayunt.º: Sepultura X Municipal Carballo Sta. Marta	
Iglesia X S. Juan de Ortoño — ~~D. José~~ (Sepultura)	
Incineración — — Urna: —	
Presencian ☐ SI ☐ NO — Destino	
Cantores X Ana — Funeral: ¿?	
Flores (3 Aldas): CORONA 2/R: HIJOS E HIJOS PTCOS; CORONA 2/R: MADRE, HERMANOS Y NIETOS; CENTRO 2/B: LUCÍA; 18 ENCIMA CAJA	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

Gastos: 109 - 2025-01-20

2025
1974
51

FALLECIDO:

Nombre MANUEL JAIME POMBO MARTINEZ- D.N.I. Nº 33289486-V

id. de los padres JAIME Y ELIGENIA

Naturaleza A CORUÑA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 12-02-1974

Profesión Estado SOLTERO Domicilio AVDA MAHIA 70 - 3º

BERGAMIDÁNS - ANES

Fallecimiento:

Fecha: 11:30 horas del día 1 de NOVIEMBRE de 2025

Domicilio SU DOMICILIO - BERTAMIRÁNS - ANES.

Cementerio CEMENTERIO MUNICIPAL DE CARBALLO Ayunt.º CARBALLO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

EL SEÑOR

D/ña. MANUEL JAIME POMBO MARTINEZ

VDO. CARMEN VEIGA VEIGA

falleció en VECINO DE BERTAMIRANS en el día de a los 51 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos CRISTINA, JOSÉ-ANTONIO, DANIEL, JAVIER, MANUEL-OSCAR Y LUCIA POMBO VEIGA

Hijos políticos XAVIER CHANGUAN, JOANA LÓPEZ

Padres: MADRE: ELIGENIA MARTINEZ CEBRAL VDA DE JAIME POMBO TORRES

Abuelos NIETOS: ALDARA, ANAÍ, OMAR y YEISY

Padres políticos NO

Hermanos SI

Hermanos políticos SI

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción LUNES 10 horas

Funerales

en la iglesia de SAN JUAN DE ORTOÑO

CASA MORTUORIA: APOSTOL 2

~~(SI / NO) SE RECIBE DUELO~~ CEMENTERIO MUNICIPAL DE CARBALLO

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

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33299486V

APELLIDOS / APELIDOS
POMBO
MARTINEZ

NOMBRE / NOME
MANUEL JAIME

SEXO / SEXO: M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 12 02 1974

EMISION / EMISIÓN: 30 05 2024
VALIDEZ / VALIDEZ: 11 02 2026

NUM SOPORTE
CHZ158152

MANUEL 071424

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. MAHIA BERTAMIRANS 70 P03
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
A CORUÑA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JAIME / EUGENÍA

IDESPCHZ158152433299486V<<<<<<
7402120M2602110ESP<<<<<<<<<<<1
POMBO<MARTINEZ<<MANUEL<JAIME<<

FALLECIDO

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 45960980B

APELLIDOS / APELIDOS
POMBO
VEGA

NOMBRE / NOME
DANIEL

SEXO / SEXO: M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 17 09 1993

EMISION / EMISIÓN: 05 09 2022
VALIDEZ / VALIDEZ: 05 09 2027

NUM SOPORTE
CDE151817

933312

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. MAIA 70 P03
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L601

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL JAIME / CARMEN

IDESPCDE151817645960980B<<<<<<
9309175M2709053ESP<<<<<<<<<<<0
POMBO<VEGA<<DANIEL<<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)

OMC · ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / Colexio de: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA - (stamp)

Sello/Carimbo

105714116

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* M José Guzmán Sáez

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A Coruña, con el número / *co número*

Colegio actual / *Colexio actual*: 15 — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 1 88235 (1ª colegiación / *1ª colexiación*)

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Area Sanitaria Santiago Comp.

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / *Nome do falecido/a:*	MANUEL JAIME
1er Apellido del fallecido/a: / *1er Apelido do falecido/a:*	POMBO
2º Apellido del fallecido/a: / *2º Apelido do falecido/a:*	MARTINEZ

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento*: Día / *Día* 12 — Mes / *Mes* 02 — Año / *Ano* 1974

Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* [X] Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33299486-V
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- [ ] 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* 11:30 — Día / *Día* 01 — Mes / *Mes* 11 — Año / *Ano* 2025

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* [X] 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**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

	Causa	Horas / *Horas*	Días / *Días*	Meses / *Meses*	Años / *Anos*
I. Causa inmediata[2] / *Causa inmediata*[2] (a)	PARADA CARDIORESPIRATORIA				
Debido a / *Debido a* — Causas intermedias[3] / *Causas intermedias*[3] (b)	METASTASIS CEREBRALES				
Debido a / *Debido a* (c)					
Debido a / *Debido a* — Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental*[4] (d)	NEO PULMON ESTADIO IV		16	00	00
II. Otros procesos[5] / *Outros procesos*[5]					

Ve.

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/*Houbo indicios de morte violenta?* Sí/*Si* [ ] No/*Non* [X]

¿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 / *Accidente de tráfico* No/*Non* [ ] Sí/*Si* [ ] — Accidente laboral / *Accidente laboral* No/*Non* [ ] Sí/*Si* [ ] — Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

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

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* ____________

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 Ames, a 1 de Noviembre de 2025
En , a de de

Firma del médico
Sinatura do médico

A.MARIA J GUZ...
...EZ 15/0882...

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:

	Horas	Días	Meses	Años
Para mes y medio, anotar 45 días		45		

I

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.

		Horas	Días	Meses	Años
Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral	debido a ↓	3			

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).

		Horas	Días	Meses	Años
Ejemplo: (b) Hipertensión arterial	debido a ↓				2
(c) Pielonefritis crónica	debido a ↓				2

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.

	Horas	Días	Meses	Años
Ejemplo: (d) Adenoma prostático				5

II

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

	Horas	Días	Meses	Años
Ejemplo: Diabetes				10

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.

Instrucións 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 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:

	Horas	Días	Meses	Anos
Para mes e medio, anotar 45 días		45		

I

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.

		Horas	Días	Meses	Anos
Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral	debido a ↓	3			

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).

		Horas	Días	Meses	Anos
Exemplo: (b) Hipertensión arterial	debido a ↓				2
(c) Pielonefrite crónica	debido a ↓				2

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.

	Horas	Días	Meses	Anos
Exemplo: (d) Adenoma prostático				10

II

5 Outros procesos:

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

	Horas	Días	Meses	Anos
Exemplo: Diabete				5

Outras 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.

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: **TANATORIO APÓSTOL BERTAMIRÁNS - AMES**
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: **FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.**
Ubicación del establecimiento: TRAVESÍA DE FONTALDEIRO, 7 – BERTAMIRÁNS - AMES

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: **JOSÉ MANUEL RODRIGUEGZ CASTELAO**	**DNI: 44813362R**
Titulación: **Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)** **Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140**	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: **MANUEL JAIME POMBO MARTÍNEZ**			Nacionalidad: **ESPAÑOLA**
Dni/Pasaporte: **33299486V**	Sexo: **HOMBRE**	**Edad: 51**	Fecha nacimiento: **12 DE FEBRERO DE 1974**
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: **11:30 – 01/11/2025 EN SU DOMICILIO DE BERTAMIRÁNS - AMES**			
Causa fallecimiento: **NEO PULMON ESTADIO IV**			
Destino final: **INHUMACION EN EL CEMENTERIO MUNICIPAL DE CARBALLO**			

Siendo las 09:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

[X] **Conservación transitoria:**
- [ ] **Refrigeración**
- [ ] **Congelación**
- [ ] **Otros (descripción)**

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

[ ] **Embalsamamiento:**

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carotida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

[ ] **Extracción de Marcapasos**

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 2 de noviembre de 2025

El profesional que realiza la técnica

JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO
44813362R
TANATOPRACTOR
12/16/TR/SAN00140

José Manuel Rodríguez Castelao
44813362R

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.
CIF: B15657901
Rúa Boisaca,
15890 Santiago de Compostela
☎ 24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA
LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don MANUEL JAIME POMBO MARTINEZ
a defunción de don/a
ocurrida a las 11:30
ocurrida ás
horas del día 1
horas do día
de NOVIEMBRE **de** 2025
de **de**

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:
do fallecemento
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~~ 12 horas siguientes a la del fallecimiento.
12 **~~vinteecatro~~ horas do fallecemento**

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de

A 2 **de** NOVIEMBRE
O **de**
de 2025
de

A. LETRADA

LETRADA DA ADMINISTRACIÓN DE XUSTIZA DO XULGADO DE INSTRUCIÓN Nº 1 • SANTIAGO •
FE PÚBLICA XUDICIAL

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 falemento, 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.