

FALLECIDO: MANUEL MARTINEZ VARGAS

Fecha de fallecimiento 12 DE NOVIEMBRE DE 2025

Teléfonos: 679 178067 Aníla
 E-mail: TOE Aníla

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	813
C-1 entavila	1.00	

Capilla ardiente	PRATERIAS	Sala Prep.	Libro	SI	895 55 28	100
------------------	-----------	------------	-------	----	-----------	-----

Gestión funeraria si ☐ Tramitación UUW 19475

Carroza traslado	HOSPITAL A CORRESPONDIENTE	12/10
ITALIA	CORFO 21	20

Prensa

Radio	TVES	11488
-------	-----------------	-------

Recordatorios fúnebres / tarjetas		
No	Santa Lucia	363
No	Plaza Loox	
No		

Turismo	1	id.	6150
Certificado médico	X SI	Registro Civil:	3
			6150

Carroza	Personal
	194 130
	19

Ayunt.º: Sepultura	DOSSA 6641	DOSSA 6641	101
Indicaci	CAPILLAR	LAPIDA	101

ingesta 10:00h,

Incineración 10:00h,

Presencia	SI	NO	Destino
	☐	☐	

Cantores ~~no~~ no Funeral: D. TONAS 1/4

107

A. CANTO C/C BANC 18. 112

TOSS WITORS
BISNICK
BISNICK

☒ Sudario ☐ Cubrefrutos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

cost 6950 01181157000 01181157000

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1 antavira	Medida 1,90	818
Capilla ardiente PRATERIAS	Sala Prep. SI Libro SI	825 55 28
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUVW	19475
Carroza traslado HOSPITAL AL COMPLEJO		11270
JUEVES		2P
16:00 Prensa		11488
Radio JUEVES		363
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	Placa Santa Lucía	6150
Ómnibus acompañamiento NO	Corona + Inscrip.	3
Turismo 1 id. Pagar casa parroquial 15:40		194 + 230
Certificado médico SI	Registro Civil: SAVINGO	169
Carroza Personal	PUELO	151
Ayunt.º: Sepultura BOISACA 6641	LAPIDA	
Iglesia CAPILLA COMPLEJO	10:00H.	
Ineineración Urna	PLACAS + 66X	155
Preserbian ☐ SI ☐ NO	Destino	600
Cantores NO	Funeral: X TOMÁS	164
Flores	1 CORONA ROSAS / ROSAS •	
	TU ESPASA	112
	A.CANTO E/C BUNCO 18 •	
	ATOS NIETOS Y BISNIETOS	
	1-CORONA RB TOS HISOJE HDS PAT.	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento ☒ Rosario	164

2-121221 adreçamento	3560	7533
----------------------	------	------

7533

FALLECIDO: Nombre MANUEL MARTÍNEZ RAÍCES D.N.I. Nº 33125009-H
id. de los padres MANUEL Y CARMEN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 1 DE AGOSTO DE 1940
Profesión _____ Estado CACADO Domicilio CRUXEIMAS, 29 - 2100

Fallecimiento: Fecha: 13:55 horas del día 12 de NOVIEMBRE de 2025
Domicilio HOSPITAL DE CONXO
SANTIAGO (A CORUÑA)
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre ALEJANDRA PEREIRA CASTINEIRAS

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

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.

Reglamento 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 estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don/a
a defunción de don/a
ocurrida a las
ocorrida ás

13:55 horas del día 12
de NOVIEMBRE 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:

do falecemento

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~~ ^{doce} horas siguientes a la del fallecimiento.

~~vintecatro~~ horas do falecemento

Registro Civil de
Rexistro Civil de

A 12 de NOVIEMBRE
O 2025 de

de
de

(El Juez)
(O xuíz)



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
MARTÍNEZ

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
RAÍCES

NOMBRE / NOME
MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP.

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
01 08 1940

IDESP
AQG136241

VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

MRM

DNI NÚM.
33125009H

[Signature]

[Portrait Photo]

FALLECIDO

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CRUZEIRA / 29

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

ESPANHA

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

MAJIA DE / FILLOA DE
MANUEL / ALEJANDRINA

IDE SPBBU116191133296943G<<<<<<
7208300M2606303ESP<<<<<<<<<<<1
MARTINEZ<PEREIRA<<JOSE<ANTONIO

DECLARANTE (HIJO)



105725511

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. RUBÉN DÍAZ DEL PUERTO LOPEZ, LUCIANO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA PROVINCIA CORUÑA, con el número

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número

e con ejercicio profesional en

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

151508531

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 01

Mes 08

Año 1990

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐Documento
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

33125009-4

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

13:55

Día 12

Día 12

Mes 11

Mes 11

Año 2025

Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro 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) PANANCA CARINIORES PLEURITICA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ULCEA PLEURITICA DROGUADICIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

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 ☐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 12 de Novembro de 2025

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 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 transcorrido 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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) 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, anotarase 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. 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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.



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA



El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, D. Manuel Martínez Raíces esposa -----
----- ha satisfecho la cantidad
de TRES MIL QUINIENTAS ----- pesetas,
como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a per-
petuidad de la sepultura en tierra de segunda
clase, número 6641, del Cementerio Municipal de Boisaca.

Por tanto, se otorga a D. Manuel Martínez Raíces y
esposa -----
la concesión a perpetuidad de la expresada sepultura, conforme al
acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este
Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión cele-
brada el día veintiseis de Diciembre
de mil novecientos setenta y cinco
con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autori-
zación de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona
sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.

En los casos de transmisión de la concesión por herencia, venta
o donación, debe darse conocimiento a la Excmo. Corporación Muni-
cipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será
reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio 6641 del Libro correspondiente.

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a ocho de Enero
de mil novecientos setenta y seis

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE,

EL SECRETARIO GENERAL.



lo de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra de segunda
clase, señalada con el número seis mil seiscientos cuarenta y uno
del Cementerio Municipal de Boisaca.

