OTROS CONCEPTOS

entro 24 rosas bl. Teus irmáns políticos familia Peón Miramontes 687267116
entro 18 rosas rojas: Mercedes y Alberto • TPV S.1578 PAGADO

entro: Familia Conde Castelao •
entro: Familia Sánchez Granut •
entro 24 rosas rojas: A tua nai política Sara • 687267116
tro 24 rosas: O teu PAGADO Óscar Iglesias • S.1581
tro 24 rosas rojas: As tas Compañeiras PAGADO irmá Cruz • web
tro colgao 40 rosas bl. Directiva da AVV A Gracia • 636403143 Isabel
tro modelo 1: Julio PAGADO Félix TPV • SIMPLI 1582
tro 24 rosas PAGADO Familia Naval • TPV
Factura: Transportes Frigoríficos Naval SL B81971186 B
a. Villaverde a Vallecas Km 3'6 cto 28053 Madrid
Posemanual. centinela@naval.es

entro modelo: Tus PAGADO compañeiras de Naval • SIMPLI 1580 TPV
entro mod PAGADO teus veciños Juan e Poli • SIMPLI 1583 TPV
entro 18 rosas PAGADO teus irmáns e irmanes políticos • SIMPLI 1584 TPV
entro modelo: Familia Pérez Veiga Antonio Cementerio
entro 18 rosas rojas: Os PAGADO Iglesias • efectivo
tro modelo 2 PAGADO Centro Pablo e Sao • TPV SIMPLI 1579

realizó el cambio de titularidad por plataforma con concello, El Expediente entrególa la hija

FALLECIDO: JAIME IGLESIAS NOYA (web) ST-559

Fecha de fallecimiento 6 DE NOVIEMBRE DE 2025

Domicilio H. CLÍNICO

Teléfonos: 667303076 - Beatriz (hija) E-mail:

MAPFRE 360€ Mpol: 32K5T4 J529 653CA

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 1,90	87'46
Capilla ardiente Complejo Cervantes	Sala Prep. Si / Libro Si	660 + 54 + 28'5
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado HOSPITAL - COMPLEJO		108
Prensa	No	
Radio	1 Vez (Jueves) y 1 Vez (Viernes)	229'76
Recordatorios fúnebres / tarjetas Si		69
Ómnibus acompañamiento		
Turismo Si id. RECOGER EN CASA		60
Certificado médico Si	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal	122 + 178'50 (108)
Ayunt.º: Sepultura BOISACA 1517	No Restos Pinela	150
Iglesia CAPILLA COMPLEJO		151
Incineración	Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino Datos	70
Cantores Si Javier	Funeral: Juan Ventura	60
Flores: 1 Corona R. Blancas "A tua Dona"		143
Flores: 1 Corona R. Blancas "As tuas filles e filles políticas"		143
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		273
A pagar Familia 414'96 EN UA		1350

FALLECIDO:

Nombre JAIME IGLESIAS NOYA D.N.I. Nº 33223344-M

id. de los padres ANTONIO / CONCEPCIÓN

Naturaleza TRAZO Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 19 DE MARZO DE 1957

Profesión Estado CASADO Domicilio SAN SILVESTRE, Nº 16 SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 04:08 horas del día 6 de NOVIEMBRE de 2025

Domicilio HOSPITAL CLÍNICO

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

EL SEÑOR

D/ña. Jaime Iglesias Noya (Vecino de San Silvestre - Santiago)

falleció en en el día de 6/11/2025 a los 68 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Carmen Peón Miramontes "Gallego"

Hijos Beatriz y Alba Noya Peón

Hijos políticos Adrian Sanchez y Ivan Castro

~~Padres~~

~~Abuelos~~

Padres políticos Madre política: Sara Miramontes

Hermanos Visita(+), Antonio(+), Aurora, Sabina, Jose(+), Carmen, Isolino y Cruz Iglesias Noya

Hermanos políticos Si

Ahijado: Oscar Iglesias.

Nietos No Bisnietos No Tios Si Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

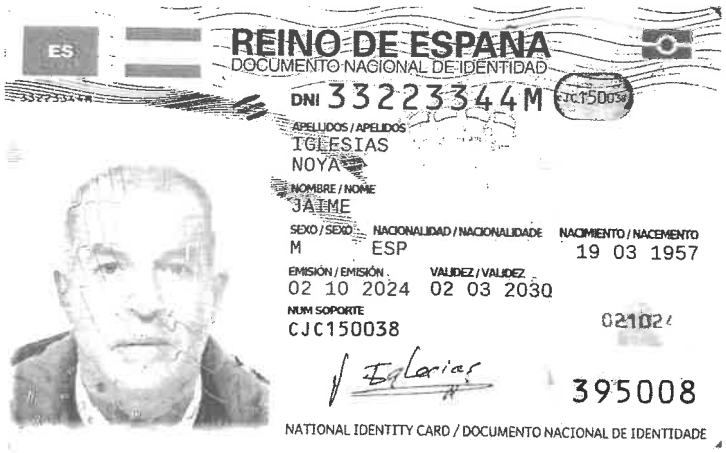
Funerales

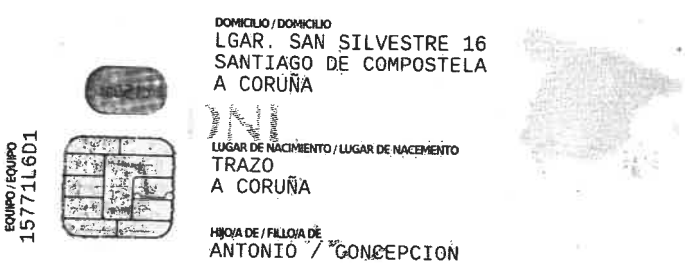
en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

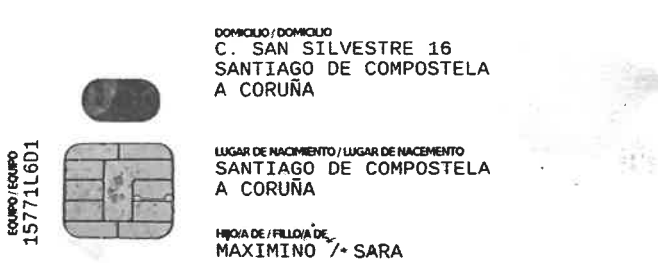
Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado





IDESPCJC150038233223344M<<<<<<
5703199M3003024ESP<<<<<<<<<<<0
IGLESIAS<NOYA<<JAIME<<<<<<<<<<

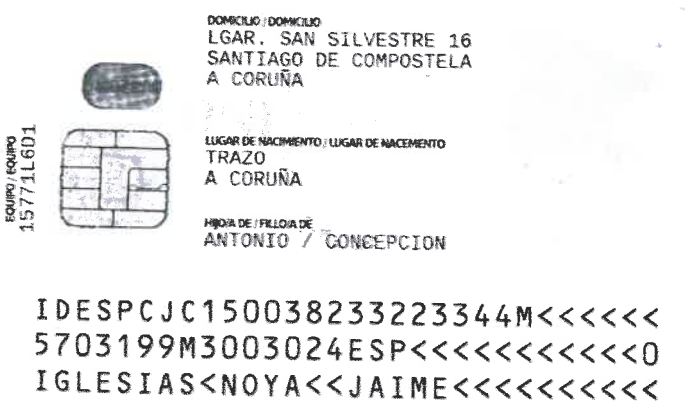
FALLECIDO



IDESPCHP120044933251377R<<<<<<
5912100F3403185ESP<<<<<<<<<<<0
PEON<MIRAMONTES<<MARIA<DEL<CAR

SOLICITANTE

(ESPOSA)



FALLECIDO

SOLICITANTE

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*

Sello/*Carimbo*

105782382

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* Beatriz Martinez Barreiro, Licenciada

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

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Santiago de Compostela

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* 9643 — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** JAIME

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** IGLESIAS

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** NOYA

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 19 — Mes / *Mes* 03 — Año / *Ano* 1957

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33223344-M
- [ ] 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* 04:08 — Día / *Día* 06 — Mes / *Mes* 11 — Año / *Ano* 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***¿En que concello ocorreu a defunción?:*** Santiago de Compostela

Domicilio particular / *Domicilio particular* [ ] — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [X] — 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]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) EDEMA AGUDO DE PULMON — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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* [X]

¿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* [X] — Sí / *Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* 06 — Mes / *Mes* 11 — Año / *Ano* 2025

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

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿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 / *En* Santiago, a / *a* 6 de / *de* noviembre de / *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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

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.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral — debido a ↓ Horas 3 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 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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.

Ejemplo: Diabetes — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

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:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

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.

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

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

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 **06** de **NOVIEMBRE** de **2025.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª JAIME IGLESIAS NOYA que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33223344M, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **06** de **11** de **2025** a las **04:08** 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
06/11/2025 14:31	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:BkrJ-7wBR-xzhV-fFUj