

OTROS CONCEPTOS

entre 18 años blancos (Carné de identidad de los niños Rubén y María)

PAGADO

Centro de salud. Fondo de bienes. efectivo. S.129

PAGADO

INTRO (18 R. BL): A TUA AFILIADA FICA 3056663

INTRO (18 R. BL): **PAGADO** PV S.125

15 16:00 Nicho LIBRE

FALLECIDO: JOSE LUIS MIRAS GONZALEZ

Fecha de fallecimiento 21. ENERO - 2016

Domicilio H. CLINICO / IRMANA LISTE FORAN, B. - DUEÑERO

Teléfonos: 627366134 ALBERTO (NISO) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'9	
Capilla ardiente CACO - 2	Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado HOSPITAL - VELATORIO CACO		
Prensa CARRO - 3		
Radio RADIO JUEVES		
Recordatorios fúnebres / tarjetas 100		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo id.	Registro Civil: Santiago	
Certificado médico Si	Personal	
Carroza		
Ayunt.º. Sepultura NICHOL LIBRE		
Iglesia CACO		
Incineración	Urna: SACRISTAN	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino: REACARIAS	
Cantores SUSO	Funeral: REACARIAS	
Flóres 1. CORONA 40 R.B.: "A TUA QUERIDA CARMEN" 2. CORONA 40 R.B.: "OS TEUS FILLOS FICHA POLIT" 3. CENTRO A.R.B.: "OS TEUS NETO" (POR RADIO) (GENCINA CABA)		

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre JOSE LUIS MIRAS GÓMEZ D.N.I. Nº 33168294-7
id. de los padres - Y ELVIRA
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 15 - NOVIEMBRE - 1939 TORTAN
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA JERMANES LISTE, 23
AMENEIRO - TEO
Fecha: 17.58 horas del día 21 de ENERO de 20 28
Fallecimiento: Domicilio L. CLÍNICO
Cementerio CACU Ayunt.º TEO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página 418

DECLARANTE D. ALBERTO MIRAS TURNES (~~ALBERTO~~) D.N.I. 44843115-S
domiciliado en RUA CRUZ GALLATEGUI, 6-1º A. PONTEVEDRA.

E L SEÑOR GALEGO

D/ña. JOSE LUIS MIRAS GÓMEZ
(VECINO DE AMENEIRO - CACU - TEO)

falleció en _____ en el día de _____ a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa A CARMEN TURNES CASUO

Hijos JOSE LUIS, MARCARMEN, TETE, VINTO, ANA MARIA, MARIA ELVIRA
E ALBERTO MIRAS TURNES

Hijos políticos ~~MARCELA~~ JOSEFINA, JOSE ANTONIO, ALFONSO (+), MARISOL, JOSE,
ALBERTO E SILVIA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos MARICA (+) E MARUSA (+) MIRAS GÓMEZ

Hermanos políticos TEORENCIO E EDUARDO; DORA (+) E MANUELITA TURNES CASUO;
MARCOS E DENIS; SUSANA E RUBÉN; ~~ALBERTO~~ ANDREA E ALDARA; NICOLÁS;
XOÁN E CARLOTA; SABELA E XIXI.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de JOSE E LORENZO

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



Colegio de



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971324

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARINA SANCHEZ ZAPATA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO de COMPOSTELA, 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

151512528

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 15

Mes 11

Año 1939

Sexo:

Varón ☒

Mujer ☐

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

33168254-T

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

17:58

Día 21

Día 21

Mes 01

Mes 01

Año 2026

Año 2026

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

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

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) INFECCIÓN RESPIRATORIA

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/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

No/Non ☒

Accidente laboral

No/Non ☒

Accidente de tráfico

Sí/Sí

Accidente laboral

Sí/Sí

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**
Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN COMPLEMENTARIA

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a 22 de **ENERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/ JOSÉ LUIS GÓMEZ MIRÁS, rectificadas sus apellidos por los de **MIRÁS GÓMEZ** que se identifica con D.N.I. nº **33168254T** según la certificación facultiva que fue rectificada, que constata la fecha de la muerte el día **21** de **ENERO** de **2026** a las **17:58** 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.

Asinado por: BERNARDEZ PEREIRAS, EVA
Cargo: Leirada da Administración de Xustiza
Data e hora: 22/01/2026 15:55:21



