

OTROS CONCEPTOS

web

SF-7

FALLECIDO: MARÍA ANGUSTIA MIGUEZ VIGO

Fecha de fallecimiento 4 DE ENERO DE 2026

Domicilio 9 TOURO, Nº 14 - 3º D - SANTIAGO

Teléfonos: 669379971-ANGUSTIA (HIA) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	<u>C-0</u>	Medida <u>1'9</u>	<u>606'45</u>
Capilla ardiente	<u>CERVANTES</u>	Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u>	<u>656/55/1145</u>
Gestión funeraria	<u>Si</u>	☐ Tramitación UUV	<u>177</u>
Carroza traslado	<u>X DOMICILIO - COMPLEJO</u>		<u>109</u>
Prensa	<u>NO</u>		
Radio	<u>NO</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>—</u>		
Ómnibus acompañamiento	<u>NO</u>		
Turismo	<u>Si</u> <u>X BOISACA</u> <u>16:30</u> <u>EN SAN CAYETANO</u>		<u>46</u>
Certificado médico	<u>Si</u> <u>X Si</u>	Registro Civil: <u>X Santiago</u>	<u>3</u>
Carroza	<u>Si (2)</u>	Personal	<u>1251 3/13/170</u>
Ayunt.º: Sepultura	<u>X BOISACA Nº 1.969</u> <u>X Pardo</u>		<u>130</u>
Iglesia	<u>CAPILLA COMPLEJO</u>		<u>154</u>
Incineración	Urna:		
Presencia	☐ Si ☐ NO	Destino	<u>X 119773</u>
Cantores	<u>NO</u>	Funeral:	<u>X 100</u>
Flóres	<u>X CORONA ROSAS ROJAS: TUS HIJOS E HIJAS PARITICOS</u> <u>- 146</u>		
	<u>CORONA 4to R. B - TUS NIETOS Y BISNIETOS</u> <u>• 146</u>		
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario
			<u>21'10 75'30</u>

OK
OCASO 3.0354
FIN: 01520260000835

ex: A Caludo Niguer 11/196
en: Jan Caludo Rosende

FALLECIDO: Nombre MARÍA ANGUSTIA MÍGUEZ VIGO D.N.I. Nº 33050072-S
id. de los padres FRANCISCO / JOSEFA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 30 DE ABRIL DE 1934
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio C/TOURO, Nº14-3ºD
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 23:32 horas del día 4 de ENERO de 2026
Domicilio C/TOURO, Nº14-3ºD - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. MARÍA DE LAS ANGUSTIAS CALVELO MÍGUEZ (HIJA) D.N.I. 33263841-E
domiciliado en C/TOURO, Nº14-3ºD - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña. MARÍA ANGUSTIA MÍGUEZ VIGO
(VIUDA DE JUAN CALVELO ROSENDE) (UECIMA DE C/TOURO-STGO)

falleció en _____ en el día de 4/1/2026 a los 91 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos MARILUZ, JOSÉ ANTONIO (+), ANGUSTIAS Y JUAN CALVELO MÍGUEZ

Hijos políticos FRANCISCO GONZÁLEZ(+), CARMEN BRANDARIZ, JUAN CARLOS TABOADA E ISABEL GÓMEZ

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos DELFINA MÍGUEZ VIGO

Hermanos políticos _____

Nietos Políticos

Nietos Si Bisnietos Si Tíos _____ 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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
MIGUEZ
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
VIGO
NOMBRE / NOME
MARIA ANGUSTIA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
30 04 1934
IDESP
ABC104861
VALIDO HASTA / VALIDO ATÁ
01 01 9999

MVM

DNI NÚM.
33050072S

M. Angustia Miguez Vige



PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
A CORUÑA
NOMBRE / NOME
FRANCISCO / JOSEFA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
C. TOURO 14 P03 D
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVINCIA
A CORUÑA

157711601

IDESPABC104861133050072S<<<<<<
3404300F9901018ESP<<<<<<<<<<<<6
MIGUEZ<VIGO<<MARIA<ANGUSTIA<<<

FALLECIDA

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI **33263841E**

APELLIDOS / APELLIDOS
CALVELO MIGUEZ
NOMBRE / NOME
MARIA DE LAS ANGUSTIAS
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
NACIMIENTO / NASCIMENTO
29 03 1965
EMISION / EMISIÓN
22 05 2025
VALIDEZ / VALIDEZ
22 05 2035
NÚM. SOPORTE
CKP144536

Maria de las Angustias Calvelo Miguez

111296

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. TOURO 14 P03 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJOS DE / FILLOS DE
JUAN / MARIA ANGUSTIAS

157711601

IDESPCKP144536233263841E<<<<<<
6503293F3505229ESP<<<<<<<<<<<8
CALVELO<MIGUEZ<<MARIA<DE<LAS<A

SOLICITANTE (HUA)



Colegio de

Sello Colegiado

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971250

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

YOLANDA POLO TURNES

A CORUÑA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

151509958

1ª colegiación
1ª colexiación

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:

MARIA ANGIUSTIA

MIGUEZ

VIGO

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 30

Mes 04

Año 1934

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

33050072-5

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

23:32

Día

Día

04

Mes

Mes

01

Año

Año

2026

¿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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) NEOPLASIA MAMARIA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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
Accidente de tráficoNo/Non
Sí/ SíAccidente laboral
Accidente laboralNo/Non
Sí/ Sí

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sr ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sr ☒ 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 4 de ENERO de 2026

Firma del médico
Sinatura do médico

Melinda Polo
CNP 80104

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 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐
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
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
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 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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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) 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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas Días Meses Años
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
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.

12 ABR. 1995

TITULO DE CONCESION

SELLO MUNICIPAL 3 .100
12-4-95 H000A0037 TOTAL5 .100
14:01

Da Sepultura N° 1.969, ubicada no treito D, sección 1, fila 7, n° de orde 13° , no cemiterio municipal de Boisaca a nome de DA. Mª ANGUSTIA MIGUEZ VIGO E FILLOS: D. JOSE ANTONIO, DA. Mª DE LAS ANGUSTIAS E D. JUAN CALVELO MIGUEZ.-----

Concedida por Decreto da Alcaldía con data 4 de abril de 1995, coa facultade de usa-la sepultura cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 5 de abril de 1995.

O ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL





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 **05** de **ENERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MARÍA ANGUSTIA MÍGUEZ VIGO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33050072S según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **04** de **ENERO** de **2026** a las 23:32 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.



