

OTROS CONCEPTOS

bro 18 R.B. Familia Pico Colpa **PAGADO** la recep.
 bro 40 R.B. Dirección Pico **PAGADO** Aena- web
 Puerto de Santiago Rosalia de Castro 664 180839
 JA SNE S.A. A86212420 Lavacolla S/N 15820

FALLECIDO: **ENRIQUE MIRAS MARINO**
 Fecha de fallecimiento: **19-ENERO-2026**
 Domicilio: **H CLINICO - SANTIAGO**
 Teléfonos: **Josefaud 669 78 7960** E-mail:
 Sin: **0123456789**
303350
159014841
00450

CONCEPTOS				Servicio prestado
Arca modelo	Redonda	Medida	C-1. 895'36	62675
Capilla ardiente	PRATERIAS	Sala Prep.	SI	Libro SI
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUVW		177
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO			109
HADES				
Prensa	No.			
Radio	No. mates.			117'36
Recordatorios fúnebres / tarjetas	No			
Ómnibus acompañamiento	No			
Turismo	id. Recoger 1530 en Lavacolla.			3
Certificado médico	SI	Registro Civil:	SANTIAGO	
Carroza	SI	Personal	SI	182'90 + 90'95 132'70 c 125'
Ayunt.º: Sepultura	PINERO			
Iglesia	SAN Pelayo DE SABUGUEIRA - LAVACOLLA.			
Incineración	COMPANERO	Urna:	SACERSTAN	120'00
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino		120'00
Cantores	SI (CARLOS LETA)	Funeral:	ANIL.	50'00 110 (321193)
Flores	CORONA ROSAS Blancas: 10 ESPOSOS E HIJOS 146			
SI tarjeta por King entregado				
☒ Sudario	☐ Cubrefúnebres	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario	27'70
				75'30

ESQUELA EN RUA DO HOME SANTO

FALLECIDO: Nombre ENRIQUE MIRÁS MARINO D.N.I. N° 33141716 G
id. de los padres MANUEL Y FLORA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 30 DICIEMBRE 1931
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA DO HOME SANTO 74-1
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 13:50 horas del día 19 de ENERO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio SAN PELAYO DE SABUGUEIRA - LAVACOLLA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. ENRIQUE MIRÁS MARINO SEÑOR (Vecino de RUA DO HOME SANTO 74-1)

falleció en _____ en el día de 19/1/2026 a los 94 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Aurea Freire Iglesias

Hijos José Manuel Mirás Freire

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos Si

Nietos _____ Bisnietos _____ 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

NO



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de D. ENRIQUE MIRÁS MARIÑO con documento identificativo DNI núm. 33141716G según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 19 de enero de 2026, a las 13:50 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura /incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a, 20 de enero de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
20/01/2026 14:03

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:rycY-qYzP-25&Q-fxwg



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105970858

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. PAULA DEL RÍO MARTÍN
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Santiago de Compostela, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

ENRIQUE

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

MIRAS

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

MARINO

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 30

Mes 12

Año 1931

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

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

Número:

33141716-6

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

13 : 50

Día 19

Mes 01

Año 2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

13 : 50

Día 19

Mes 01

Año 2026

¿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) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) ACIDOSIS RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA CARDÍACA

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

INFECCIÓN RESPIRATORIA

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
Data do mesmo: Día Mes AnoContinúa 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 Saulhopo, a 19 de enero de 2026

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anota 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 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 ☐ ☐

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 Inmediata** 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 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 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 ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dizer, 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.



01 01 9999

Emorque Chris

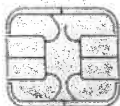


PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAFH181340733141716G<<<<<
3112308M9901018ESP<<<<<<<<<2
MIRAS<MARINO<<ENRIQUE<<<<<<<<

FALLECIDO



AAG193706
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

01 01 9999



LAS DE LAS MONEDERAS (LUGAR DE HACER PURO)
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 PROVINCIA DE LA - PROVINCIA PAIS
 A CORUÑA - D-
 MUNICIPIO DE ESTRELLA DE
 JOSE / ESTRELLA
 MONEDERAS - HACER PURO
 RUA. HOME SANTO 74 PO1
 LUGAR DE HACER PURO HACER PURO HACER PURO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 PROVINCIA DE LA - PROVINCIA PAIS
 A CORUÑA - D-

EQUIPO EQUIPES
15771L601

IDESPAAG193706833086930G<<<<<
3604074F9901018ESP<<<<<<<<<
FREIRE<IGLESIAS<<AUREA<<<<

SOLICITANTE (ESPOSA)

