

OTROS CONCEPTOS

ENCERO (Var. 1) **PAGADO** web S.498

PAGADO 7 TR (S.501)

Miguel Angel Quintanar Garcia
7/9/25

FALLECIDO: MIGUEL SÁNCHEZ VIZCAINO
Fecha de fallecimiento 17 DE MARZO DE 2026
Domicilio H. GIL CASARES
Teléfonos: 629922610-Félix
E-mail: izquintaro@gmail.com

Arca modelo	0	Medida	190	Servicio prestado	853
Capilla ardiente	Arquitectura	Sala Prep.	si	Libro	si
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV			177'30
Carroza traslado	H. GIL CASARES - COMPLEJO				110'70
Prensa	X Raneo, 4				490
Radio					
Recordatorios fúnebres / tarjetas					
Ómnibus acompañamiento					46
Turismo	id.	Sale al complejo			3
Certificado médico	X si	Registro Civil	X SANTIAGO		183'30
Carroza	si	Personal	si		154
Ayunt.º: Sepultura	Palmeira (Ribeira)				360/9325
Iglesia	CAPIXA COMPLEJO				
Incineración	si - 12hr	Urna:	si Baitica		
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino			
Cantores	X Chevere		Funera	X	60 (12534)
Flores	Centro: Tu familia (RB en una caja) - 40 kgas - 146				
					2790/7530

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre MIGUEL SÁNCHEZ VIZCAINO D.N.I. Nº 45048682-P
id. de los padres FRANCISCO / JOSEFA
Naturaleza CEUTA Provincia CEUTA
Día, mes y año de nacimiento 15 DE NOVIEMBRE DE 1947
Profesión _____ Estado Casado Domicilio Rúa Laureiro, 7-2ª
Os Tilos - Teo

Fallecimiento: Fecha: 23:00 horas del día 17 de Marzo de 2026
Domicilio HOSPITAL GIL CASARES
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Mª del Carmen Adelaida Quintero García) D.N.I. 45051491B
domiciliado en (@ mism-)

D/ña. Miguel Sánchez Vizcaino L SEÑOR

falleció en Santiago en el día de ayer a los NO años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Mª del Carmen Quintero García

Hijos _____

NO

Hijos políticos _____

Padres Juan José y Félix Manuel Quintero García;

Abuelos _____

Padres políticos Dolores Gallego, Pilar Medina Martin, Mª del Carmen Martin Brey-

Hermanos NO

Hermanos políticos _____

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

ES **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

45048682P



DNI 45048682P

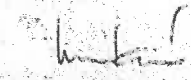
APELLIDOS / APELLIDOS
SANCHEZ
VIZCAINO

NOMBRE / NOME
MIGUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
M ESP 15 11 1947

EMISION / EMISSION VALIDEZ / VALIDEZ
29 03 2022 01 01 9999

NUM SOPORTE
CBX123400

 606272

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
URBN. TILOS RUA LOUREIRO 7 P02 A
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
CEUTA
CEUTA

HOJA DE / FILLOA DE
FRANCISCO / JOSEFA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601



IDESPCBX123400445048682P<<<<<<
4711155M9901018ESP<<<<<<<<<<<<6
SANCHEZ<VIZCAINO<<MIGUEL<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



DNI 45051491B

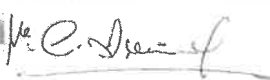
APELLIDOS / APELLIDOS
QUINTERO
GARCIA

NOMBRE / NOME
MARIA DEL CARMEN ADELAIDA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
28-05 1949

NUM SOPORTE VALIDEZ / VALIDEZ
BFW130543 11 01 2028

 609280

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. LOUREIRO 7 P02 A
OS TILOS
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
PONTEVEDRA
PONTEVEDRA

HOJA DE / FILLOA DE
FELIX / MARIA ADELAIDA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601



IDESPBFW130543045051491B<<<<<<
4905284F2801119ESP<<<<<<<<<<<<0
QUINTERO<GARCIA<<MARIA<DEL<CAR

SOLICITANTE (Esposa)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106042144

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colexio de

Sello/Carimbo

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153509185

1ª colexiación

1ª colexiación

D./Dña. IVAN KOTEL AGRAFOJO 4 CHILE
D./Dña. A CORONA
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORONA, con el número co número
en Medicina e Cirugía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con ejercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:	M I G U E L
Nome do falecido/a:	
1º Apellido del fallecido/a:	S A N C H E Z
1er Apellido do falecido/a:	
2º Apellido del fallecido/a:	V I Z C A I N O
2ª Apellido do falecido/a:	

Fecha de nacimiento Día Mes Año Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Data de nascimento Dia Mes Ano Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 45048682-P
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 23 : 00 Día 17 Mes 03 Año 2026
 Hora e data da defunción Hora : minutos 23 : 00 Día 17 Mes 03 Ano 2026

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

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabalho Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / **Causas de defunción** (consultar instrucción na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado:
Intervalo de tempo aproximado:

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) P A L L O N U T R I C I O N G Á N I C O

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SE P S S P O S I B L E F O C O C U T A N C O

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

[illegible]

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

[illegible]

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

[illegible]

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indícios 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 Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Sepsis poribla boro autano

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 próteses

En SANZINGO, a 17 de Marzo 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 45 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 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 Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 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

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 10 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 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 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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 45 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 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 Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 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

Horas 10 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: Diabetes

Horas 10 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.



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 **18** de **MARZO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MIGUEL SÁNCHEZ VIZCAINO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **45048682P** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **17 de MARZO DE 2026** a las **23:00** 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.



