

OTROS CONCEPTOS

1 Censo 24 B / s/ceniz - exámen corp. • 2m

FALLECIDO: Ramon Corso Wisman
 Fecha de fallecimiento 17-5-2026
 Domicilio H. Corso - Santiago de Chile n° 7 80. Santiago
 Teléfonos: 649 62897 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1 Medida 1,90	B26
Capilla ardiente	Beta-2 Sala Prep. Si Libro Si	570/55/2895
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	Hospital - Tanatorio	109
Prensa	100	
Radio	100 100	11736
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100	
Ómnibus acompañamiento	100	
Turismo	id. 1 Maxi	35
Certificado médico	Si Brion	3
Carroza	1 uno Personal	1829/10/200
Ayunt.º Sepultura	Brion Pinele	125
Iglesia	Santa Uª de los Angeles	70
Incineración	1 Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino Campes	(7.12)
Cantores	1+1 Funeral:	140 (130065)
Flóres	Kaoi Flores e fillo politico • Kaoi Flores e Neto politico •	R. Flores 146 N. Flores 146

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario 3550/75130

FALLECIDO: Nombre Ramon Corso Aisman D.N.I. N° 33043195-J
id. de los padres Emmanuel. Lopez
Naturaleza Buon Provincia Corona
Día, mes y año de nacimiento 25-2-1928
Profesión Chile 197-86. Santiago Estado Unido Domicilio Santiago de
Fecha: _____ horas del día 17 de May de 2026
Fallecimiento: Domicilio El Comero
Cementerio Santa V. de Angeles Ayunt.º Buon

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. Ramon Corso Aisman

Cuyo de Carmen Rodriguez (vivo)

falleció en Anxelos - Buon en el día de 17-5-2026 a los 98 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Isabel y Jupe Corso Rodriguez

Hijos políticos Emmanuel S. pena Santo

Padres vieta: Laura e Iggo

Abuelos vieta politico: Angel

Padres políticos _____

Hermanos Marcelino, Nurelio (+), Pepe (+), Bama (+), Manolo (+),
Damián (+), Concha Corso Aisman.

Hermanos políticos Sr.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos Sr. Primos Sr.

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Lunes 18/5

en la iglesia de Santa V. de Angeles

CASA MORTUORIA: Apartado 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

no



Robert Lee

EXPED. 18-11-1998 VAL. PERMANENTE

33043195-S

Ministerio del Interior

PROVINCIA A CORUÑA

EL 25-02-1928

HIJO/A DE **MANUEL y JOSEFA**

SEXO V

DOMICILIO LGAR LOS ANGELES

LOCALIDAD **BRION**

PROVINCIA A CORUÑA

EQUIPO 15771L6D1

IDESP33043195S4<<<<<<<<<<<<<
2802253M9912315ESP<<<<<<<<<4
COUSO<CRISMAN<<RAMON<<<<<<<<

DNI 33245773D

DNI 33245773D

COUSO
RODRIGUEZ

ISABEL

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	NACIMIENTO / NACIMENTO
F	ESP	24 12 1960

EMISIÓN / EMISIÓN :	VALIDEZ / VALIDEZ
02 06 2022	02 06 2032

NUM SOPORTE
CCN136517

413760

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO DOMICILIO
PLZA. DE VIGO 2 POS F
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
BRION
A CORUÑA

HOGAR DE / FILLOA DE :-
RAMON / CARMEN

157211601
Dated: / 2008

IDESPCCN136517033245773D<<<<<<
6012247F3206021ESP<<<<<<<<<<P
COUSO<RODRIGUEZ<<ISABEL<<<<<<



Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106170841

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. NATALIA GONALEZ PEROSA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

SANTIAGO DE

COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

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

151514561

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

RAMON

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

COUSO

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

CRISMAN

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 25

Mes 02

Año 1928

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento

☒

D.N.I.

Número:

33043195-5

Documento

☐

D.N.I.

Número:

Documento

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Documento

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

16:45

Día 17

Mes 05

Año 2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

16:45

Día

Mes

Año

¿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 aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA CARDIORRESPIRATORIA

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) INFECCION RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

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/ 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
Accidente de tráficoNo/Non ☒
Sí/ Si ☐Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒
Sí/ Si ☐Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

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 SANTIAGO, a 17 de MAYO de 2026

Firma del médico
Signature do médico

[Firma]

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00
(c) Pielonefritis crónica debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 5 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 10 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 lógica**, 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 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 00
(c) Pielonefrite crónica debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 10 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes 10 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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 mayo de 2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **RAMÓN COUSO CRISMAN** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33043195S** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **17 DE MAYO DE 2026** a las **16:45** 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.



