

OTROS CONCEPTOS

o BOLGAR 40 R.R. - TUS SOBRINOS DE FECHA. T.P.V. •

FALLECIDO: MARIA MANUELA BOQUETE PEREZ

Fecha de fallecimiento 19 DE AGOSTO DE 2016

Domicilio 4. CLINICO

Teléfonos: 17 MANUELA GSOYRROS E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C1	Medida 1'90
Capilla ardiente	ANTANA	Sala Prep. SI Libro XS?
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	HOSPITAL - COMPLEDO	
Prensa	COMPLEDO COMPLEDO	
Radio	RADIO TUEVES	
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento	GERACIÓN PIEDRA	
Turismo	id	SALE AL TANATORIO
Certificado médico	SP	Registro Civil: SANITARIO
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura	AREXENDA	PINELO CASIOCCENAS X RASO
Iglesia	CAPILLA COMPLEDO	
Incineración		Urna: CAMPANERO
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	X JAVIER	Funeral: X JOSE ANTONIO
Flóres	50 CORONA 40 R. ROJAS TUS SOBRINOS	
	CORONA 40 R. ROJAS TUS SOBRINOS	
	CORONA 40 R. ROJAS TUS SOBRINOS	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

~~85 (136218)~~

ST-427
PLAN DE EMERGENCIA
2016

FALLECIDO: Nombre MARIA MANUELA, BORVETE PEREZ D.N.I. Nº 33158192N
id. de los padres JULIAN y MANUELA
Naturaleza AMES Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 29-06-1925
Profesión Estado soltera Domicilio SURA, 18. AMEIXENDA
AMES (A Coruña)

Fallecimiento: Fecha: horas del día 19 de Agosto de 2026
Domicilio
Cementerio AMEIXENDA Ayunt.º AMES

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. (.....) D.N.I.
domiciliado en

L SEÑOR

D/ña.

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

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos Primos

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELLIDO
BOQUETE
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
PEREZ
NOMBRE / NOME
MARIA MANUELA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
29 06 1925
IDEMP
ACB161653
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33158192N

Maria Boquete

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES
PROVINCIA / PAÍS / PROVINCIA-PAÍS
A CORUÑA
HIJOS DE / FILLOS DE
JULIAN / MANUELA
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SURA-AMEIXENDA SN
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
AMES
PROVINCIA / PAÍS / PROVINCIA-PAÍS
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPACB161653333158192N<<<<<<<
2506296F9901018ESP<<<<<<<<<<<<9
BOQUETE<PEREZ<<MARIA<MANUELA<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
BOQUETE
BARCIA
NOMBRE / NOME
JULIO
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
06 01 1955
TIPO / TIPO VALIDEZ / VALIDEZ
PNE112163 05 12 2030

DNI 33215948S

Julio Boquete 064512

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SURA 18
AMEIXENDA
AMES
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJOS DE / FILLOS DE
JOSE / ANTONIA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPONE112163033215948S<<<<<<<
5501063M3012051ESP<<<<<<<<<<<<1
BOQUETE<BARCIA<<JULIO<<<<<<<<<

SOLICITANTE (SOBRINO)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106128275

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 Cirurxia, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
15 10 179
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARIA MANUELA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: BOQUETE
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: PEREZ
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 29 Mes 06 Año 1925 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒ Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33158192-N
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 20:36 Día 19 Mes 08 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 ☐
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 aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) FRACASO MULTIORGÁNICO
Debido a/Debido a

(c)
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) INFECCION RESPIRATORIA
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
DESCOMPENSACION HIPERTENSIVA

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☐ Si / Si ☒ No / Non
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☐ Si / 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: Día ☐ Mes ☐ 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

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **20** de **AGOSTO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA MANUELA BOQUETE PÉREZ** que se identifica con **D.N.I 33158192N** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **19 DE AGOSTO DE 2026** a las **20:36** 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.



