

OTROS CONCEPTOS

ENCERO (var. 1): AMIGOS DE MARCO **web SIMPLI 260**

ENCERO (18R BL): **RACARDO** **SIMPLI 256**

ENCERO (18R BL): TE RECORDAREMOS SIEMPRE: CLAUDE **web SIMPLI 258**
(en una copa) NATHALIE, SU Y MICHELE **web SIMPLI 259**

ENCERO (24R RI): CLUB DE GOLF VAL DE ROIS

CLAUDE A: CLUB DE GOLF VAL DE ROIS CIF: 6446224113

por AS GARCIA, sin 15411 ROS (A GARCIA)

ISASUAREZ @ grahamspes 03360931

ENCERO (18R BL): ANTONIO GARCIA: RESERVACION **web 259**

ENCERO (18R RI): VETERANOS FUTBOL CHILEN (Uruguay)

ENCERO (18R BL) **TPV SIMPLI 257**
RECORDAREMOS VICEINTE (E ROSA)
efectivo reop.

ENCERO (var. 2) EN 18R: CARLOS HERNANDEZ Y ASUN

por los valetas **RACARDO** **SIMPLI 262**
Tome y claud.

para 18 rosos blancos: **SEBASTIÁN** Antonio **SIMPLI 261**

mo (Zanco y Zanco) (74180): OS CURRACEPAS (Hendel leinil)

na corear **RACARDO** **SIMPLI 263**
(TPV - RECEPCIÓN) **SIMPLI 263**
TUS HERMANAS, CUÑADOS Y SOBRINOS

para 18 rosos blancos: **RACARDO** y Personal F. Gomez **web 10**

para 18 rosos blancos: **RACARDO** **web 10**
Compañeros de tu hijo F. Gomez, etc.

Francisco Gomez y Cia. S

B 15009533 65 La linea sh 15822 Torno (A Gomez)

376 2080 5155 9330 0003 9081

+706 1632 Fama

90798300 Lourdes / +2456 1632 G2

ST: 76
SC: 48
142602929

FALLECIDO: CESAREO OTERO VILAR

Fecha de fallecimiento: 8 - FEBRERO - 2024

Domicilio: H. CLINICO - SANTIAGO

Teléfonos: 67052 1280 (Amia) E-mail: 609371832 Pab6

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Actavia	Medida Canada
Capilla ardiente	X QUINTANA Sala Prep. 81	Libro si
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	X HOSPITAL - TANATORIO	
	X 102, 2 fene	
Prensa	X Carro, 3	
Radio	no	X Escuela domicilio
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—	
Ómnibus acompañamiento	no	
Turismo	id. X 19 en H. Clinico (Entera Principal)	
Certificado médico	X 19	Registro Civil: SANTIAGO
Carroza	no	Personal si
Ayunt.º: Sepultura	—	
Iglesia	X 19	
Incineración	X 23:00	Urna: Basica Plata
Presencia	☐ SI ☒ NO	Destino: Custodia familiar
Cantores	no	Funeral: X 71052
Flores	X 2 Titas Prang	
	X 2 Titas Prang	

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre CESÁREO OTERO VILAR D.N.I. Nº 32594138X
id. de los padres SILVEIRO Y LEOCADIA
Naturaleza CABANAS Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 30 MARZO 1949
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio c/ MONTERO RÍOS 27-5º A
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 13¹³ horas del día 8 de FEBRERO de 20 24
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio CREMACIÓN EN COMPLEJO FUNERARIO APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. AMALIA PUGA MARTÍNEZ (ESPOSA) D.N.I. 34605558B
domiciliado en EL MISMO

D/ña. Cesáreo Otero Vilar (Arjano plástico)
(vecino de c/ Montero Ríos, 27 - Sgo)
falleció en Sgo en el día de 8/2/24 a los 74 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a : Amalia Puga Mtnz

Hijos : Pablo ~~da~~ y Katuxa Otero Puga

Hijos políticos : Sharon Zas

Padres Mario y Javier Gómez-Jurado Otero

Abuelos Alejandra y Pablo Otero Zas

Padres políticos _____

Hermanos : -

Hermanos políticos : SI

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos - Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Viernes 19:30

en la iglesia de Capilla San Pedro Apóstol

CASA MORTUORIA: S Quintana

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido.
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluído.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



https://certificados.cgcom.es

EHHAPWJTOL

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105024847

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. EVA SANMARTÍN 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
151510043
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: CESA REO
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: OTERO
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: VILAR
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 30 Mes 03 Año 1949
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 32594132-X
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 13:13 Día 08 Mes 02 Año 2024
Hora : minutos 13:13 Día 08 Mes 02 Año 2024

¿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 traballo ☐ Outro lugar ☐

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

I. Causa inmediata / Causa inmediata
(a) PARADA CARDIACA
Debido a / Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias / Causas intermedias
(b) FRACASO MULTIORGÁNICO
Debido a / Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental
(c) FRACASO RENAL
Debido a / Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(d) PANCREATITIS AGUDA CRÍTICA
Debido a / Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos / Outros procesos
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 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

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

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 prótesis

En Santiago, a 8 de Febrero de 2024

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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
(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5

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

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 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 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 ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CESÁREO OTERO VILAR, con documento identificativo DNI 32594138X , según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de de 8 de febrero de 2024, a las 13:13 horas, acaecida en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela. Expediente 20240209/008446.

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 9 de febrero de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
09/02/2024 12:17

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:p4h6-Ds6Q-6HRB-mN6C

