

OTROS CONCEPTOS

18 R. BLANCAS: TU HERMANA ÁNGELES Y SOBRINA

45/119
FALLECIDO: EVARISTO UAAMONDE RODRÍGUEZ
SF: 314
ST: 224
SC: 127

Fecha de fallecimiento 1 DE MAYO DE 2024
Domicilio H. CONXO / PLAZA DE ULTREYA, Nº 17 - 4º Izq.

Teléfonos: 646665849 - RAMÓN E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C.O	Medida 1'90	975
Capilla ardiente TOURAL	Sala Prep. Si	Libro Si
Gestión funeraria Si		Manutención UUV
Carroza traslado X HOSPITAL DE		
JUEVES 18:00h	Prensa X CORREO, 2	(Fta 612)
Radio No		
Recordatorios fúnebres / tarjetas No		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo id.		
Certificado médico X Si	Registro Civil X SANTIAGO	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia CAPILLA COMPLEJO APOSTOL		
Incineración Gompip	Urna: Básica	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino CUSTODIA FAMILIAR
Cantores No	Funeral: X AVISA FAMILIA	
Flors	CORONA ROSAS ROJAS: TU ESPOSA Y NIETO	
	CORONA ROSAS BLANCAS: TU HIJO Y ROSA	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre EVARISTO VAAMONDE RODRÍGUEZ D.N.I. Nº 33017050-K
id. de los padres EVARISTO / JOSEFA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 01 DE JUNIO DE 1934
Profesión PELUQUERO Estado CASADO Domicilio PLAZA DE ULTREYA, Nº17
4ºIza - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 20:30 horas del día 1 de MAYO de 2024
Domicilio HOSPITAL DE CONVO
Cementerio CREMATARIO COMPLEX APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ESTANSLAO RAMÓN VAAMONDE FONTENRA (Hijo) D.N.I. 33238227-F
domiciliado en

L SEÑOR
D/ña. EVARISTO VAAMONDE RODRÍGUEZ (PELUQUERO RUA DO VIAR)
(VECINO DE PLAZA ULTREYA - SANTIAGO)

falleció en en el día de 1/05/24 a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a CARMEN FONTENRA FONTENRA

Hijos EVARISTO(7) Y ESTANSLAO RAMÓN VAAMONDE FONTENRA

Hijos políticos Si

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

Nietos Si 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



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD.

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO

VAMONDE

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
RODRIGUEZ

NOMBRES - NOVE
EVARISTO

SEXE : SEXO NACIONALIDAD : NACIONALIDADE

NESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
01 06 1934

IDESP
AEB176302

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33017050K

~~Ernesto Vasson~~



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIALA-FAMILIE, PROVINCIALA-PAARD

A CORUÑA

EVARISTO / JOSEFA

PLZA. ULTREYA 17 P04 IZQ

LUGAR DE DOMICILIO: LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

1

A. CORUÑA

EQUIPO I EQUIPO
15771L601

IDESPAEB176302033017050K<<<<<
3406016M9901018ESP<<<<<<<<<7
VAAMONDE<RODRIGUEZ<<EVARISTO<<

FALLECIDO

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33238227F

DNI 33238227F

APELLIDOS / APELLIDOS
VAMONDE
FONTEÑA

NOMBRE / NOME
ESTANISLAO RAMON

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
M ESP 25 11 1960

EMISION / EMISÃO VALIDEZ / VALIDADEZ
11 02 2022 11 02 2032

NUM SOPORTE
CBN181204

Estanislao Vamonde

443008

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILIU
RUA. SILVOUTA-VILLESTRO 81 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

DNI

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HJOA DE / FILLOA DE
EVARISTO / CARMEN

IDESPCBN181204033238227F<<<<<<
6011251M3202115ESP<<<<<<<<<<<7
VAAMONDE<FONTENLA<<ESTANISLA<R

SOLICITANTE (HIJO)

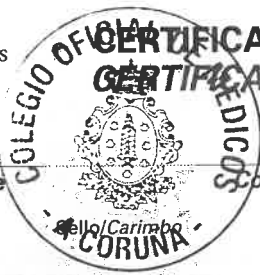
OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

944WJ6GETQ

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105437744

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A Coruña

Santiago de Compostela

, con el número
, co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1S1S13767

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

EVARISTO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

VAMONDE

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

RODRIGUEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 01

Mes 06

Año 1934

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Pasaporte

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día 01

Día 01

Mes 05

Mes 05

Año 2024

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 ☐

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) FALLO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CARCINOMA EPIDERMÓIDE ESTADIZO

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 ☒

Fecha del mismo: Día

Día

Mes

Año

Data do mesmo: Día

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 1 de Mayo 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
Horas Días Meses Años
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

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 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
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 Imediata** 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 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 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 ☐ ☐ 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
Horas Días Meses Años
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

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 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- 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 EVARISTO VAAMONDE RODRÍGUEZ , con documento identificativo DNI, 33017050K según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 01 DE MAYO DE 2024 a las 20:30 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 02 de MAYO DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
02/05/2024 10:00

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:jJVQ-qwdS-4Gux-vcvc

