

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Carlos Ignacio Varela ¹¹⁰⁰⁶ Draz
Fecha de fallecimiento 20. Mayo- 2024
Domicilio H. Clínica Victoria
Teléfonos: 630 819457 (Hono) E-mail: Varela.draz.victoria@gmail.com

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'90		
Capilla ardiente X S. Toural	Sala Prep. Si	Libro Si	
Gestión funeraria Si	X Tramitación UUV		
Carroza traslado X Hospital- Complejo			
viércoles X Carro 3			
Prensa X 163 Gal. 262	X conservación temporal		569€
Radio No			
Recordatorios fúnebres / tarjetas No	Plaza Acero (Idem)		
Ómnibus acompañamiento No			
Turismo id. 12:00 Seminario Menor			
Certificado médico X Si	Registro Civil: X Santiago		
Carroza Si	Personal Si		
Avunt.º: Sepultura X 9747 Retirar lápida, sep y enterrar arriba			
Iglesia X Capilla Complejo			
Incineración —	Urna: —		
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino		
Cantores No Tus hermanos	Funeral X Juan V.		
Flóres X Carroza so RL (2 copias): Beatriz, Jaime y Victoria o 155			
X Carroza so RL: Laura, Mario, Elena y Victoria o 155	Tus sobrinos		
Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario ☐			

FALLECIDO: Nombre Carlos Ignacio Varela Durán D.N.I. Nº 332134980
id. de los padres Ramon y Maria del Pilar
Naturaleza Santiago Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 23-11-1953
Profesión nº 2- 1º Izq. (Santiago) Estado Soltero Domicilio C/ Rodrigo de Padroai

Fallecimiento: Fecha: 00:30 horas del día 20 de Mayo de 2024
Domicilio H. Clinica
Cementerio Boisace Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Ft.: Tomo ; Página
DECLARANTE D. Maria Victoria Varela Durán (Hermana) D.N.I. 33294279P
domiciliado en C/ Claudio Coello, 116 - 3º B (Madrid)

D/ña. D. Carlos Varela Durán ~~L~~ SEÑOR (Vecino de Stgo.)

falleció en en el día de 20/5/24 a los 70 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a NO
Hijos Hnos: Beatriz, Jaime y Victoria;

Hijos políticos Hnos polt: Eduardo (t), Emanuela y Jorge.

Padres sobrinos: Laura, Marco y Elena

Abuelos sobrinos polt: Angelo

Padres políticos

Hermanos sobrina nieta: Vittoria

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos 81

y demás familia.- Conducción
Funerales Microbas 12:30
en la iglesia de Capilla Compleja
CASA MORTUORIA: S. Touzal
(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



Fallecido

**SOLICITANTE**

OMC

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

H50TIA7PL7

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105429633

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MC DEL ROSARIO ALONSO SIXO, LICENCIADA
D. / Dna.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirugía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

7421-2

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

CARLOS IGNACIO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

VARELA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

DURAN

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 23

Mes 11

Año 1953

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón ☒Muller ☐

Documento

de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

33213498-A

☐ D.N.I.

Número:

Documento

de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

00 : 30

Día 20

Día 20

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario ☒

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Otro lugar

Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) INFECCION RESPIRATORIA
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) PERITONITIS BACTERIANA Y
ABSCESOS ABDOMINALES
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. 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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes AnoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermedade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 20 de MAYO de 2024
En _____, a _____ de _____ de _____

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

☐☐ 4 ☐ 5 ☐☐
Horas 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 ☐☐☐☐
Horas 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
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefritis crónica 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 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
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

- 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 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 Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedade 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 defunción, 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 dizer, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐☐ 4 ☐ 5 ☐☐
Horas Días 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 ☐☐☐☐
Horas 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
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefrite crónica 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 defunción. 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 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.

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: COMPLEJO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.
Ubicación del establecimiento: SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: JOSÉ MANUEL RODRIGUEZ CASTELAO	DNI: 44813362R
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: CARLOS IGNACIO VARELA DURÁN			Nacionalidad: ESPAÑOLA
Dni/Pasaporte: 33213498A	Sexo: VARÓN	Edad: 70	Fecha nacimiento: 23 DE NOVIEMBRE DE 1953
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 20 DE MAYO DE 2024 A LAS 00:30 EN EL HOSPITAL CLÍNICO			
Causa fallecimiento: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA			
Destino final: CEMENTERIO DE BOISACA – SANTIAGO DE COMPOSTELA			

Siendo las 17:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☒ Conservación transitoria:
- ☐ Refrigeración
- ☐ Congelación
- ☐ Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☐ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 20 de mayo de 2024

El profesional que realiza la técnica

JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO
44813362-R
TANATOPRACTOR
12/16/TR/SAN00140

José Manuel Rodríguez Castelao
44813362R

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria Tanatorio Apostol Santiago S.L.
CIF: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15000 Santiago de Compostela
☎ 24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CARLOS IGNACIO VARELA DURÁN
, con documento identificativo DNI, 33213498A según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 20 DE MAYO 2024
a las 00:30 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 21 DE MAYO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
21/05/2024 11:32

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:aEAZ-H\$U5-N8vW-3rZp

