

OTROS CONCEPTOS

720C - CIVIL

Fecha de fallecimiento 11-06-2021

Domicilio VISTA ALGODE, 72- BAR TANCIO

Teléfonos: 650608519 CRUE (480) E-mail:

Arca modelo	Medida
Figura 8045	120
Canilla ardiente	80

Capítulo 11. Gestión funeraria

☒ Carroza traslado *Carroza*

~~viernes~~ ~~viernes - 4~~ Prensa

Radio ~~X~~ Robo Bots, a video ~~X~~ ~~Y~~

Recordatorios-funébres/ tarjetas

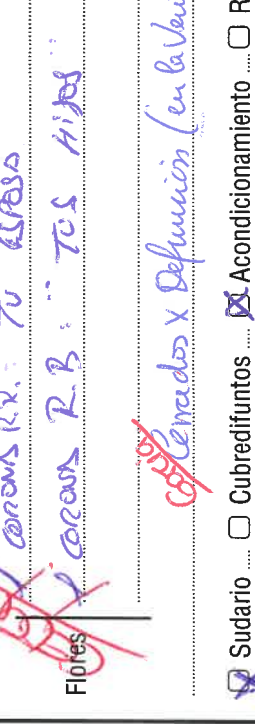
Ómnibus acompañamiento

Turismo A. Victor J. Capitan 1930 id.

~~Certificado médico~~ Registro Civil: ~~55~~ 55

Carroza *Fumbræ NEGRO* Personal

Ayunt.º ~~de~~ Sepultura
Boschs d'Antoni Lluís Vº 30



☒ Sudario
☐ Cubrepaños
☒ Acogitamiento

CONCEPTOS	
Arca modelo <i>Egipcia 8045</i>	Medida <i>1'20"</i>
Capilla ardiente <i>Sala Quixiana</i>	Sala Prep. <i>Si</i> Libro <i>Si</i>
Gestión funeraria <i>Si</i>	☐ Tramitación U
Carroza traslado <i>Vieques 18⁰⁰</i>	<i>Correo - 4</i>
Prensa	
Radio	<i>X Radio Jueves, 1 Vieq</i>
Recordatorios funebres / tarjetas	<i>X 100</i>
Ómnibus acompañamiento	<i>X Retorn Capica</i>
Turismo	<i>id. O Victor S. Capitan 1730</i>
Certificado médico	<i>Si</i>
Registro Civil:	<i>X SAIST</i>
Personal	
Carroza Funeral	<i>NEGRO</i>
Ayunt. ^o Sepultura	<i>Bosaca Pantan Lusa A' 13:30</i>
Iglesia	<i>X CRILLA CORREO</i>
Incineración	<i>-</i>
Urna:	<i>-</i>
Presencia	☐ Si ☐ NO
Destino	<i>-</i>
Cantores	<i>Si Coro Vela</i>
Funeral	<i>X Victor</i>
Flóres	<i>X Corros RR: TU ARROSA</i>
	<i>X Corros R.B.: TCS HIPS</i>
	<i>X Cerrados x Defunción en la Vereda</i>
Sudario	☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐

FALLECIDO: Nombre JUAN JOSE ROSE VAREQUE D.N.I. Nº 33184070-S
id. de los padres JOSE Y MARIA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 1- ENERO - 1940
Profesión _____ Estado CARABO Domicilio C/VISTA ALEGRE, 72
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 02:19 horas del día 11 de JULIO de 20 21
Domicilio SU Domicilio
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. JUAN JOSE ROSE VAREQUE EL SEÑOR
"PROPIETARIO BAR TAREO" (VECINO DE VISTA ALEGRE - SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de _____ a los 81 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa MARIA CRUZ BAO ALVAREZ

Hijos JOSE ANTONIO Y MARIA CRUZ ROSE BAO

Hijos políticos NO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos EDUARDO Y JOSE (1) ROSE VAREQUE

Hermanos políticos SI

Nietos NO 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

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMERIO APELLIDO
POSE

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
VAZQUEZ

NOMBRE / NOME
JUAN JOSE

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
01 01 1940

IDEMP
AQI166116

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

PVJ

DNI NÚM.
33184070S

Juan Jose



FALLECIDO

TITULAR / DUEÑO
RUA. SANTIAGO DE LOS CABALLERO 2
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE RESIDENCIA
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

NOMBRE DE / PADRE DE
JUAN JOSE / MARIA CRUZ

**IDESPBGD160307144809488Z<<<<<<
8303257F2802068ESP<<<<<<<<<<4
POSE<BAO<<MARIA<CRUZ<<<<<<<<<**

SOLICITANTE

T I T U L O D O P A N T E O N

Nº 30 DA RUA "A"

De 9 m² (3 x 3) no cemiterio municipal de Boisaca a nome de D. JUAN JOSE POSE VAZQUEZ, ESPOSA: DNA. M^a DE LA CRUZ BAO ALVAREZ, FILLOS E GUMERSINDA ALVAREZ GARCIA.-----

Concedido por **Acordo da Comisión de Goberno** na sesión celebrada o día 19 de decembro de 1994, coa facultade de usa-lo panteón cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldia. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentimento.

Santiago de Compostela a 12 de decembro de 1997.

O ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL



OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105593268

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE AD./Dña. MS INMACULADA GARCÍA BOLA

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

151511268

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JUAN JOSE

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

PÉREZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

GARCÍA

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

33184028-S

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

¿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 traballo☐ Otro lugar
Outro 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)

FRACASO DE CORAZÓN

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

01

¿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

PRÓTESIS BOQUA DELECNA
ENCLAVADO NERVAR LÍNGUA DELECNA

En Santiago, a 11 de Julio de 2024

Firma del médico
Síntura 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 periodo 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 0 0 0 0 0
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 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 0 0 0 0 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

0 0 0 0 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

0 0 0 0 1 0
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 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: "Enfermedad 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 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 ☐ ☐ Años ☐ ☐

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 enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a 3 0 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriñ 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 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 0 0 0 0 2
Horas Días Meses Años

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

0 0 0 0 1
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

0 0 0 0 1 0
Horas Días Meses Años

Outras recomendacións

- 1.Emprar 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de DON JUAN JOSÉ POSE VÁZQUEZ , con documento identificativo DNI, 33184070S según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 11 DE JULIO DE 2024 a las 02:19 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 11 DE JULIO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
11/07/2024 12:35

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:Efy9-82U8-\$MMv-nFrZ

