

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: JOSÉ CASCALLAR BALTAR ^{web} SF: 704
Fecha de fallecimiento 16-10-2024 ST: 121
Domicilio URBANIZACIÓN PEREGRINA-RUA BORQUE 24
Teléfonos: 627252877 Ramón (hijo) E-mail: BERTAMIRANS

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C-1</u>	Medida <u>1'90</u>	
Capilla ardiente <u>APÓSTOL 3</u>	Sala Prep. <u>si</u> Libro <u>si</u>	
Gestión funeraria <u>si</u>	Tramitación UUVV	
Carroza traslado	X Hospital - Tant. Bertr.	
Prensa	X CORREO Nº2	
Radio	X Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X 100	
Ómnibus acompañamiento	X 1 As Nies (Luis Liger 659765340)	
Turismo	id.	
Certificado médico	X 81	
Registro Civil:	X 8180	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	<u>GALDAS DE DEIS</u> X ROZO (150)	<u>185⁰⁰</u>
Iglesia	<u>SAN ESTEBAN DE SAJAR</u> (18:00)	
Incineración	Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	X ANA	
Funeral:	<u>1+1 D. Huel</u> X 40 (88201)	
Flores	X CORONA R/D: ESPOSA	
	X CORONA R/D: RAMÓN y LOLA	
	X CENTRO F/N BUNCO E/C "TU FAMILIA"	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		

Sin 912763611

ES89 2080 5413 1330 0015 0388

Tant. Libro Recor Corro 2 1 Radio 2 Corros - Relig.
Cement + traslado

Nombre José CASCALLAR BALTAR D.N.I. Nº 3538621412
id. de los padres FRANCISCO Y CARMEN
Naturaleza CALDAS DE REIS Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 8-06-1939
Profesión Auto de Mahía 21-2-C- Belém - Aves Estado CASADO Domicilio LA

Fecha: Auto de Mahía 21-2-C- Belém - Aves horas del día 16 de DECEMBRE de 2024
Domicilio HOSPITAL CLINICO - 8180

Fallecimiento: Cementerio SAN ESTEBAN DE SAIAZ Ayunt.º CALDAS DE REIS

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. RANÓN CASCALLAR VARELA (HITO) D.N.I. 36106904-D
domiciliado en C/LEONOR GONÇORA 14 BJ-32 MADRID

D/ña. JOSÉ CASCALLAR BALTAR EL SEÑOR

falleció en VECINO DE BERTANIDANS en el día de 16-10-2024 a los 85 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a MARIA DOLORES VARELA CARREIRA
Hijos RANÓN CASCALLAR VARELA

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos Si Primos Si
y demás familia.- Conducción Funerales

en la iglesia de SAN ESTEBAN DE SAIAZ - CALDAS DE REIS - (PONTEVEDRA)
CASA MORTUORIA: APOSTOL
(SI/ NO) SE RECIBE DUELO

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

CEBU

DNH NÚM.
35386214R

10

PROVINCE OF ALABAMA
COUNTY OF

15771L6D1

IDESPAKF151670135386214R<<<<<<
3906088M9901018ESP<<<<<<<<<3
CASCALLAR<BALTAR<<JOSE<<<<<<<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DOMICILIO
C. LEONOR GONGORA 14 PBJ IZ
MADRID
MADRID

MADRID
MADRID

APellidos
CASCALLAR
VARELA
Nombres
RAMON

RAMON

5200
M

NACIONALMENTE
ESP

21 11 1980 NACIMIENTO

EMISSION	WALPOLEZ
18 02 2022	18 02 2032

180

HUM SOURCE
CBR125191

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL IDENTIDAD

607424

EQUIPO
28391Z6D2

LUGAR DE NACIMIENTO
VIGO
PONTEVEDRA
KIRIOJA DE
JOSE / MARIA DOLORES

```
IDESP CBR125191736106904D<<<<<<<
8011211M3202182ESP<<<<<<<<<<<<<
CASCALLAR<VARELA<<RAMON<<<<<<<<
```


OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

https://certificados-cgcom.es

F I 1 X C M Y V Q V

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Sello Cerámico

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

105318935

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. JUAN FERNÁNDEZ CASTRO
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en ACOLUNA, con el número 1515113074
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en SAUTILLO DE CARRASCA, con el número 1515113074
y con ejercicio profesional en SAUTILLO DE CARRASCA
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICADO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSÉ
Nome do falecido/a: JOSÉ
1º Apellido del fallecido/a: CASTRO
1er Apellido do falecido/a: CASTRO
2º Apellido del fallecido/a: CASTRO
2º Apellido do falecido/a: CASTRO

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 09 Mes 06 Año 1934
Día 09 Mes 06 Año 1934
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Documento de identidad: D.N.I. Número: 35386214-N
Documento Pasaporte Número: ---
de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: ---

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 10:30 Día 16 Mes 10 Año 2024
¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? Sautillo de Carrasca
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 instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) ZNSVFLCZENZCA CANDELA
Horas --- Dias --- Meses --- Años ---

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) ---
Debido a/Debido a
Horas --- Dias --- Meses --- Años ---

(c) ---
Debido a/Debido a
Horas --- Dias --- Meses --- Años ---

(d) INFA M70 ACU M70 DE H70 CAN M70
Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
Debido a/Debido a
Horas --- Dias --- Meses --- Años ---

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
(e) EPOLFA
Horas --- Dias --- Meses --- Años ---

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Sí ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? Si/Sí ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐
Fecha del mismo: Día --- Mes --- Año ---
Data do mesmo: Día --- Mes --- Año ---

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

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 16 de Octubre 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 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 ☐ 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 ☐ Horas ☐ 3 ☐ 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 ☐ Horas ☐ 2 ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ Horas ☐ 2 ☐ 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

☐ Horas ☐ 5 ☐ 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

☐ Horas ☐ 1 ☐ 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 cuadros previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda que no cubrimiento das causas de defunción 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 Defunción.

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 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 excluintes, 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 ☐ Días ☐ 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 a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorrexia cerebral/ debido a ☐ Horas ☐ 3 ☐ 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 ☐ Horas ☐ 2 ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ Horas ☐ 2 ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotárase 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

☐ Horas ☐ 1 0 ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

5

Otros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐ Horas ☐ 5 ☐ 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.

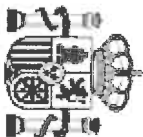
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárase claramente por comas.

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.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

02



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ CASCALLAR BALTAR , con documento identificativo DNI, 35386214R según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 16 DE OCTUBRE DE 2024 a las 10:30 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 17 DE OCTUBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
17/10/2024 12:35

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sed.justicia.gob.es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:TSq-2cXZ-wzyC-bvA4

