

OTROS CONCEPTOS

982
5.11.1986
S.C.310

FALLECIDO: ^{web} ~~JOSE~~ ANTONIO VILA PARGA

Fecha de fallecimiento 6- OCTUBRE-2024

Domicilio H. CLINICO

Teléfonos: 674 815558 PAGO (vicio) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Co - (Am Cruz) Medida 1'9	
Capilla ardiente	S. OBRADOR Sala Prep. Si Libro NO	
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado	HOSPITAL - CONGRESO	
Carroza	EL PROGRESO SIV CRUZ 204	
Prensa	(3 NOTAS X 1 COLUMNA)	
Radio	—	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—	
Ómnibus acompañamiento	—	
Turismo	id. —	
Certificado médico	SI Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	—	
Incineración	Si 2000 Urna: Básica	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino: CUSTODIA FAMILIA	
Cantores	— Funeral: —	
Flora	SE RUEGA NO ENVIAR FLORES	
Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario ☐		

FALLECIDO: Nombre JOSÉ ANTONIO VILA PARGA D.N.I. N° 33811383 -A
id. de los padres ANTONIO Y FELISA
Naturaleza LUGO Provincia LUGO
Día, mes y año de nacimiento 4- SEPTIEMBRE - 1951
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio PLAZA DE SOFIA, 6-5° C
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 18:30 horas del día 6 de OCTUBRE de 2024
Domicilio H. CLÍNICO
Cementerio CREMATÓRIO COMPLEJO APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. PABLO VILA CANO (HIJO) D.N.I. 33336120 -N
domiciliado en PLAZA DE SOFIA, 6-5° C - SANTIAGO

EL SEÑOR
D/ña. JOSÉ ANTONIO VILA PARGA
(NATURAL DE LUGO)
falleció en _____ en el día de _____ a los 73 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/la DOÑA MABEL CANO VACIDENTE
Hijos PABLO Y MARCOS VILA CANO

Hijos políticos NO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos MARIENLEEN, JOSÉ, JUCIA, LUISA, SONIA Y OSCAR (1) VILA PARGA
(1)

Hermanos políticos SI

Nietos NIEN Y SIRA Bisnietos NO 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

D./Dña. MARÍA DEL MAR MOSQUERA AROS
D./Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina y Cirugía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
151513471
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSE ANTONIO
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: VILA
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: PARGA
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 04 Mes 09 Año 1954
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33811383-A
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 18:30 Día 06 Mes 10 Año 2024
Hora : minutos Día Mes Año¿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 trabajo ☐ Outro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) INFECCIÓN RESPIRATORIA
Debido a/Debido a
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b) BACTERIEMIA POR S. PNEUMONIAE
Debido a/Debido a
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas Días Meses Años(c) EPOC FENOTIPO ENFISEMATOSO
Debido a/Debido a
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) MIELOMA MÚLTIPLE
Debido a/Debido a
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00
Horas Días Meses Años¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☐ No/Non ☒ ☐ Si/Sí
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☐ No/Non ☒ ☐ Si/Sí

¿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 06 Mes 10 Año 2024
Data do mesmo: Día Mes AñoContinúa 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 06 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 Anos

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 Anos
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Anos

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron a 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Anos

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Anos

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 JOSÉ ANTONIO VILA PARGA , con documento identificativo DNI, 33811383A según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 06 DE OCTUBRE DE 2024 a las 18:30 , 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 07 DE OCTUBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
07/10/2024 11:55

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:K6Cd-vhZT-5ydY-3CNU

