

OTROS CONCEPTOS

WGS SF-753

FALLECIDO: José Doroso Valdeguerra  
Fecha de fallecimiento 6- Noviembre- 2024.  
Domicilio H. Clínica

Teléfonos: 660021033 (Macela), E-mail: araceli.romero.miguel@gnn.cl

| CONCEPTOS                                                                                                                                                                          |                                                  | Servicio prestado |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|
| Arca modelo 01                                                                                                                                                                     | Medida 1190                                      |                   |
| Capilla ardiente <del>X</del> Clínico 3 "                                                                                                                                          | Sala Prep. — Libro Si                            |                   |
| Gestión funeraria Si                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Tramitación UUU         |                   |
| Carroza traslado NO                                                                                                                                                                |                                                  |                   |
| Jueves                                                                                                                                                                             | Prensa —                                         |                   |
| 16:30                                                                                                                                                                              | Radio —                                          |                   |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas —                                                                                                                                                |                                                  |                   |
| Ómnibus acompañamiento —                                                                                                                                                           |                                                  |                   |
| Turismo id. —                                                                                                                                                                      | Registro Civil: <del>X</del> Santiago            |                   |
| Certificado médico <del>X</del> Si                                                                                                                                                 | Personal Si                                      |                   |
| Carroza Si ( )                                                                                                                                                                     | <del>X</del> Alfredo (Sta. María)                |                   |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                                                                                                                 | <del>X</del> San Pedro de Vilarín - Val de Dobre |                   |
| Iglesia <del>X</del>                                                                                                                                                               | Urna: — C                                        |                   |
| Incineración —                                                                                                                                                                     | Destino <del>X</del> Campanero                   |                   |
| Presencian <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                 | Funeral <del>X</del> D. Gonzalo (43)             |                   |
| Cantores —                                                                                                                                                                         | Q. 24 RB " Sin Cinta "                           |                   |
| Flóres <del>X</del>                                                                                                                                                                | No se eaben Bets                                 |                   |
| Sudario <input type="checkbox"/> Cubrefúntos <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input checked="" type="checkbox"/> Rosario <input checked="" type="checkbox"/> |                                                  |                   |

mi. lo Romero

Jue. por la tarde.

FALLECIDO: Nombre Jose Dopeso Vazquez D.N.I. Nº 34934110P  
id. de los padres Jose y Concepcion  
Naturaleza Borboras Provincia Ourense  
Día, mes y año de nacimiento 23/05/1962  
Profesión Vilanova - Vedra Estado Casado Domicilio Lgr. Para, 3

Fallecimiento: Fecha: 04:45 horas del día 6 de noviembre de 2024  
Domicilio H. Clínico - Stgo

Cementerio San Pedro de Vilarinho - Vedra Ayunt.º Val do Dubra

Cónyuge: Nombre Maria Araceli Romero Miguera

LIBRO DE FAMILIA Tomo \_\_\_\_\_; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. Maria Araceli Romero Miguera ( \_\_\_\_\_ ) D.N.I. 33258043-C  
domiciliado en Lgr. Para, 3 Vedra

D/ña. Jose Dopeso Vazquez EL SEÑOR

falleció en \_\_\_\_\_ en el día de \_\_\_\_\_ a los 62 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a \_\_\_\_\_

Hijos Su Familia

Hijos políticos \_\_\_\_\_

Padres \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Hermanos políticos \_\_\_\_\_

Nietos \_\_\_\_\_

y demás familia.- Cond \_\_\_\_\_

Fune \_\_\_\_\_

en la \_\_\_\_\_

CAS \_\_\_\_\_

(SI/ \_\_\_\_\_

Nota: Si hay servicio d \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REINO DE ESPAÑA**  
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 34934110P

APELLIDOS  
DOPESO  
VAZQUEZ

NOMBRE  
JOSE

SEXO  
M

NACIONALIDAD  
ESP

NACIMIENTO  
23 05 1962

EMISIÓN  
16 09 2022

VALIDEZ  
16 09 2032

NUM SOPORTE  
CDF178351

100672

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL IDENTIDAD

DOMICILIO  
LGAR. PAZO 3  
VILANOVA  
VEDRA  
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO  
BOBORAS  
OURENSE

HIJO/A DE  
JOSE / CONCEPCION

IDESPCDF178351134934110P<<<<<<<  
6205232M3209169ESP<<<<<<<<<<<<<6  
DOPESO<VAZQUEZ<<JOSE<<<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

**ESPAÑA** DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS  
ROMERO  
MIGUEZ

NOMBRE / NOME  
MARIA ARACELI

SEXO / SEXO  
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO  
21 05 1963

NUM SOPORTE  
BOY101145

VALIDEZ / VALIDEZ  
14 10 2026

875392

DNI 33258043C

DOMICILIO - DOMICILIO  
LGAR. PAZO 3

VILANOVA  
VEDRA  
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO  
VAL DO DUBRA  
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE  
JESUS / MARIA

IDESPB0Y101145533258043C<<<<<<<  
6305213F2610140ESP<<<<<<<<<<<<<8  
ROMERO<MIGUEZ<<MARIA<ARACELI<<

DECLARANTE (ESPOSA)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105509062

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Victor

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el númeroen Medicina e Cirúxía, colexiado/a en Santiago PE Campus Rea, co número

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

Colegio actual  
Colegio actualNº de colegiado/a  
Nº de colegiado/a

151513557

1ª colegiación  
1ª colegiación

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

D O S E

1º Apellido del fallecido/a:

D O P E S O

1er Apellido do falecido/a:

D O P E S O

2º Apellido del fallecido/a:

V A Z Q U E Z

2º Apellido do falecido/a:

V A Z Q U E Z

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Müller

Documento  
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

34934110-P

Documento  
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta 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?

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 aproximado  
Intervalo de tempo aproximado

## I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) P R O G R E S I V O T U M O R A L

Debido a/Debido a

## Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

## Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) C I R C U M A B D I F U S O C E L U L A S G R A V E S

## II. Otros procesos / Outros procesos

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/ Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/ 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  
Accidente de tráficoNo/Non  
Sí/ SíAccidente laboral  
Accidente laboralNo/Non  
Sí/ SíFecha del mismo:  
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso  
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 6 de NOVIEMBRE 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐  
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 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 decir, 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐  
Horas 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) 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. 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

☐☐ ☐☐ ☐☐ 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: Diabete

☐☐ ☐☐ ☐☐ 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.



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 DOPESO VÁZQUEZ  
, con documento identificativo DNI, 34934110P según la certificación facultativa  
presentada, que constata la fecha de la muerte 06 DE NOVIEMBRE DE 2024  
a las 04:45 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 06 de NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
06/11/2024 11:22

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:BNpa-Zk2k-qVw-e6RB

