

OTROS CONCEPTOS

entre modelos y blanco. **PAGADO** **SEMPLE 280** web
entre flor variada mod. **PAGADO** **SEMPLE 281** web
entre flores de Calidad **web**

30. 2080.0316. 2930. 4001. 5466

FALLECIDO: **MAXIMINO VAZQUEZ TABOADA** **TA9S** **SC.58** **web**
Fecha de fallecimiento **21 DE FEBRERO DE 2025**
Domicilio **C/ BELVIS, 21 - 1º - SANTIAGO** **629491271 HAR**
Teléfonos: **654589497 MAXI** E-mail: **mvarazquez4@gmail.com**

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo O CRUZ (GRANDE)	Medida 4,90	
Capilla ardiente PRATERIAS	Sala Prep. SI Libro NO	
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado DOMICILIO AL COMPLETO		
SABADO Prensa CHILEO 2		
19:00 Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo Id: 18:40h recoger en Colgado S. Pedro		
Certificado médico SI	Registro Civil SANTIAGO	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia CAPILLA COMPLETO		
Incineración SI 23:00	Urnas SI básica aula	
Presencian ☐ SI ☒ NO	Destino	
Cantores NO	Funeral: 23:00h 60 (97703)	
Flóres CEMENTO R/B E/C 24R.		
"TU FAMILIA"		
2: TARJETAS APARCAMIENTO		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Vestir	☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

RETIRAR MARCAPASOS

FALLECIDO: Nombre MAXIMINO VAZQUEZ TABOADA D.N.I. N° 33105403-P
id. de los padres FAUSTINO Y BENIGNA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 5 DE AGOSTO DE 1940
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio C/ BELVIS, 21-1 - SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 18:00 horas del día 21 de FEBRERO de 2025
Domicilio SU DOMICILIO
SANTIAGO
Cementerio CREMATORIO COMPLETO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre MARIA SALVADO BALUJA

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. MAXIMINO VAZQUEZ TABOADA L SEÑOR
(Jubilado de El Correo Gallego)
falleció en (Vecino de Belvis - Santiago) en el día de 21/2/25 a los 84 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a MARIA SALVADO BALUJA

Hijos NAR Y MAXI VAZQUEZ SALVADO

Hijos políticos 1 CARTEN BELEN MENNEZ ARES

Padres ✓

Abuelos ✓

Padres políticos _____

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

1 CARME Y ANCIA

Nietos _____ Bisnietos ✓ Tíos ✓ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción SABADO

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA

CASA MORTUORIA: SIN PRATERIAS

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESQUELA EN GALLEGO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
VAZQUEZ
TABOADA

NOMBRES / NOME
MAXIMINO

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
05 08 1940

NUM. NÚMERO
BAC109748

VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

DNI 33105403P

581184

DOMICILIO / DOMICILIO
C. BELVIS 21

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
05 08 1940

NUM. NÚMERO
BAC109748

VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

DNI 33105403P

581184

FALLECIDO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
VAZQUEZ
SALVADO

NOMBRES / NOME
MARIA DEL MAR

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
26 10 1966

NUM. NÚMERO
BLZ161454

VALIDEZ / VALIDEZ
04 06 2030

DNI 33272840M

430720

DOMICILIO / DOMICILIO
C. BELVIS 21 P01

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
26 10 1966

NUM. NÚMERO
BLZ161454

VALIDEZ / VALIDEZ
04 06 2030

DNI 33272840M

430720

SOLICITANTE (HIJA)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105527869

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. María Sinda Blanco Lobato, Leizaola Colegio actual Nº de colegiado/a
D./Dña. Colegio actual Nº de colegiado/a
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en el Coruña, con el número 1358574
en Medicina e Cirugía, colexiado/a en , co número
y con ejercicio profesional en Centro de Salud Concepción, con el de Nº de colegiación
e con exercicio profesional en , co número Nº de colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

[illegible]

Fecha de nacimiento **Día** 05 **Mes** 08 **Año** 1940 **Sexo:** Varón ☒ ☐ **Mujer** ☐
Data de nascimento **Dia** 05 **Mes** 08 **Ano** 1940 **Sexo:** Varón ☒ ☐ **Muller** ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33105403-9
 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 : minutos 13 : 00 Día 21 Mes 02 Año 2025
 Hora e data da defunción Hora : minutos 13 : 00 Día 21 Mes 02 Ano 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: SANTO BOU DE COMPOSTELA

Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabalho ☐ Outro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / **Causas de defunción** (consultar instruccions na pàgina 2) **Intervalo de tiempo aproximado**
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) INSUFICIENCIA CARDIACA
FEBRE 2º INFECCION

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) UY C E N A S C O M I C A S D E C U B I T O

M E P N O P A T I A D I A B E T I C A

Horas

Días

Meses

Años

[illegible]

	Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental	Debido a/Debido a						
(d)	<u>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y</u>							
	<u>DIABETES TIPO 2</u>							
			Horas	Días	Meses	Años		
			Horas	Días	Meses	Años		

II. ⁵ **Otros procesos / Outros processos** ⁵

DEPENDENCIA ANENIA INMOVILIZAC.
HIPERTROFIA PROSTATITIS VULNERAS

Horas Horas Días Días Meses Meses Años Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indicios de morte violenta? ☐ Si/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 Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
 Data do mesmo: Día Mes Ano

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 21 de Febrero de 2025

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ 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: "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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

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: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago de Compostela
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don MAXIMINO VAZQUEZ TABOADA
a defunción de don/a
ocurrida a las 13:00
ocorrida ás

..... horas del día 21
..... horas do día
de febrero de 2025
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:
do falecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as
sean las ~~veinticuatro~~ ¹² horas siguientes a la del fallecimiento.
¹² ~~vintecatro~~ horas do falecemento

Registro Civil de Santiago de Compostela
Rexistro Civil de

A 21 de febrero
O de
de 2025
de

LETRADA
(F. L. 2) ADMIN
(C. 2) JUSTICIA

Antía Alvaredo Arias



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: COMPLEXO 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: DAVID DOMÍNGUEZ REY	DNI: 33293470G
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado de profesionalidad 12/1700003550/SAMP0108	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: MAXIMINO VÁZQUEZ TABOADA			Nacionalidad: ESPAÑOLA
Dni/Pasaporte: 33105403 P	Sexo: HOMBRE	Edad: 84	Fecha nacimiento: 05-08-1940
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 21 DE FEBRERO DE 2025 A LAS 13:00 HRS. EN SANTIAGO			
Causa fallecimiento: INSUFICIENCIA CARDÍACA – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA			
Destino final: CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL SANTIAGO			

Siendo las 16:00 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 21 de febrero de 2025

El profesional que realiza la técnica

DAVID DOMÍNGUEZ REY
33293470G
TANATOPRACTOR
1700003550/SAMP0108

David Domínguez Rey
33293470G

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.
C.I.F.: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15801 Santiago de Compostela
24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M

