

OTROS CONCEPTOS

18P. Amador **PAGADO** y **TPV** Manuel "SIMP. 470"
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 Lourdes 659843632 (SIMP. 471)
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 Ribera 659843632 (SIMP. 472)
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 659843632 (SIMP. 473)
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 659843632 (SIMP. 474)
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 659843632 (SIMP. 475)
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 659843632 (SIMP. 476)
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 659843632 (SIMP. 477)
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 659843632 (SIMP. 478)
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 659843632 (SIMP. 479)
 otro FV Mod. B: "Sin Cinto" tarjeta: "Los amigos de Larraín"
 659843632 (SIMP. 480)

Sánchez Dominguez

Luis Sánchez

FALLECIDO:

Arturo Gaspar Sánchez Dominguez

Fecha de fallecimiento

6/4/2025

Domicilio

H. Clínica

Teléfonos: 651 03 7769 (Médico)

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'90
Capilla ardiente	"Quintana"	Sí Libro Sí
Gestión funeraria	Sí	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Hospital - Complejo	
	Carro, N° 3	
	Prensa	
	Radio	
Recordatorios funebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		El campo gestionado D. Haruel
Turismo	Barrio	Id. Recepción en Iglesia (Carro)
Certificado médico	Sí	Registro Civil: Sí
Carroza	Sí	Personal: Sí
Ayunt.º: Sepultura	Larain	Recepción en Iglesia
Iglesia	Carro	GRABACION y Pulcras
Incineración		Urna: —
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino: Sí
Cantores	Misa cura	Funeral: D. Haruel (19:30)
Flores	Carro. R. R.º: Hermanos y hermanas	
	Car. R. B.º: Sobrinos y sobrinas	
	Car. R. B.º: Gabriel y Haruel	
	(en una caja)	

Sudario

☐ Cubredifuntos

☒ Acondicionamiento

☐ Rosario

ST: 183

web

FALLECIDO: Nombre D. Arturo Gaspar Saucher Dominguez D.N.I. N° 33175392 P
id. de los padres Luis y Amelia
Naturaleza Lara Stgo Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 10/10/1943
Profesión _____ Estado soltero Domicilio P/Tomas Batuecas
Marugan, 6 - Stgo

Fallecimiento: Fecha: 12:00 horas del día 6 de 7 de 2025
Domicilio H. Clínico
Cementerio Laraño Ayunt.º _____

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Amalia Francisca Saucher Dominguez (hermana) D.N.I. 33243416 K
domiciliado en P/Tomas Batuecas Marugan, 6 - Stgo
El Reverendísimo SEÑOR

D/ña. Arturo Gaspar Saucher Dominguez (Cura Emerito de
Laraño y Vidán) (Santiago)

falleció en _____ en el día de _____ a los 81 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos Galleo

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Ricardo y Maria José, Eduardo (Felix Eduardo) y Amalie Saucher
Dominguez

Hermanos políticos Si

sobrin. poli: si
Luis, Felipe y Eduardo
bisobrin.: Gabriel y Manuel

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos _____ 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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

<https://certificados.cgcom.es>

FPVPQCCVDT

Id. electrónico/Id. electrónico



Colegio de

Colegio de

105180156

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARÍA FORSÁN
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
151511277
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ARTURO GASPÁR
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: SANCHEZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: DOMINGUEZ
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 10 Mes 10 Año 1943
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón Muller

Documento
de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33175392-P
Documento
de identidad: ☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 12:00 Día 06 Mes 04 Año 2025
Hora : minutos Día Mes Ano

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de traballo 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) SHOCK SEPTICO
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) PERICARDITIS CON DERRAME
DRENADO
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c)
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCION UBIARIA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Sí/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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 Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

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

Continúa 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 ABRIL de 2025
 En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
 Sinatura do médico

8231987
DRA. MARIA FORJAN
15/11277-6

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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

- 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 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: "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 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar máiusculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- 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 ARTURO GASPAR SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ , con documento identificativo DNI, 33175392P según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 06 DE ABRIL DE 2025 a las 12:00 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 07 DE ABRIL DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
07/04/2025 11:30

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:7JCj-e\$Vz-away-v2zw

