

OTROS CONCEPTOS

OTRO 18 ROSAS BUENAS ISIA E. MAGADO

SS91

FALLECIDO: MARIA DOLORES HOARES DOMINGUEZ
 Fecha de fallecimiento 1- MAYO - 2025
 Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI - S. LAZARO - STGO.
 Teléfonos: 599726107 CONCHA (HERMANA) mail: GONZALO.MARKEI@ICSLOND.COM

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo GONZALO Medida 1,90	
Capilla ardiente PLATERIAS Sala Prep. Libro NO	
Gestión funeraria SI Tramitación UUW	
Carroza traslado RESIDENCIA - COMPLETO	
Prensa NO	
Radio NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	
Ómnibus acompañamiento NO	
Turismo id.	
Certificado médico SI Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura	
Iglesia NO	
Incineración SI Urna: PERLA - 298 -	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores NO Funeral: NO	
Flores 1-RAMO 24 ROSAS ROJAS - OS TEUS FILLOS	
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO: Nombre MARIA DOLORES HOARES DOMINGUEZ D.N.I. Nº 76502987-L
id. de los padres JOSE Y CONCEPCION
Naturaleza RIANXO Provincia A CORUNA
Día, mes y año de nacimiento 7 - AGOSTO - 1955
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI - S. L
STGO.

Fallecimiento: Fecha: 13:00 horas del día 1 de MAYO de 2025
Domicilio RESIDENCIA DOMUS VI - S. LAZARO - STGO.
Cementerio INCINERACION COMPLETO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. MARIA DOLORES HOARES DOMINGUEZ LA SEÑORA EN GALLEGO

falleció en _____ en el día de 1-MAYO-2025 a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos SU FAMILIA.

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos NO SE RECIBE FLORES

Padres políticos _____

Hermanos NO SE RECIBE DUELO

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos _____ Primos _____

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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105524614

Nº Certificado/*Nº certificado*

RG.

D./Dña. Martín Villarroel Mareño
D. / Dña. A Coruña
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 Nº de colegiado/a
Colegio actual Nº de colegiado/a

1 5 1 5 1 4 4 3 2

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

[illegible]

Fecha de nacimiento Día 0 7 Mes 0 8 Año 1 9 3 5 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 76502907-L
 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 01 Mes 05 Año 2025
Hora e data da defunción Hora : minutos 13 : 00 Día 01 Mes 05 Año 2025

¿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* ☐ *Otro lugar* ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado ^T
Intervalo de tempo aproximado ^T

I. Causa inmediata ² /Causa inmediata ²																																			
(a)	P	A	R	A	D	A	C	A	R	D	I	O	R	R	E	S	P	I	R	A	T	O	R	I	A										
																								Horas	Días	Meses	Años								
																							Horas	Días	Meses	Años									

(b) **Causas intermedias³ / Causas intermedias³** **Debido a/Debido a**

C U I D A D O S O A Z I A T I V O S

Horas Días Meses Años

[illegible]

Causa inicial o fundamental⁴/Causa inicial ou fundamental⁴ Debido a/*Debido a*

(d) D C M E N C I A S E N I L G R A V E H O R A S D Í A S M E S E S A Ñ O S
 E N F E R M E D A D D E L A Z U H E I M E R H O R A S D Í A S M E S E S A Ñ O S

[illegible]

¿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 Si/ Si ☐ Accidente laboral Si/ Si ☐

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

Continúa al reverso
Continúa ao reverso



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA DOLORES MOARES DOMÍNGUEZ, con documento identificativo DNI 76502987L, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 1 de mayo de 2025, a las 13:00 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 , 2 de mayo de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
02/05/2025 12:46

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:ZmfJ-9s2K-RDRF-42Xs

