OTROS CONCEPTOS

[illegible]ENTRO 18 R. ROJAS: "TUS SOBRINOS"

[illegible]orona 40 rosas rojas: Tu padre

[illegible]orona 40 rosas bl.: Tu hermano y hermana política

[illegible]entro mod. 1: Familia Sampedro de Quintáns

PAGADO

Porta GLIC. SEC. 54€

[illegible]EPARTO ESQUELAS: VICESO Y URDIDE

[illegible]ISA: SÁBADO MAÑANA

[illegible]NTOR: ANA

[illegible]OPIEDAD DE CASTOR MARTÍNEZ → DE FRENTE BAJANDO ESCALERAS

[illegible]COGER A LOURDES MARTÍNEZ Y ENTERRAR JUNTOS (NESA)

---

web

ST-[illegible] ST-62

FALLECIDO: JOSÉ MARÍA VEIGA ESPARÍS

Fecha de fallecimiento: 9- MAYO - 2025

Domicilio: H. CLÍNICO

Teléfonos: 626.352.470 OLGA (hija) E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo: C-1 — Medida: 1'5	
Capilla ardiente: BERTAM - 2 — Sala Prep.: Sí — Libro: ~~Sí~~	
Gestión funeraria: Sí — ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado: HOSPITAL - TANATORIO BERT.	
Prensa: NO ~~Urdide~~ REPARTO ESQUELAS (SÁBADO 16:00)	350€
Radio: NO	
~~Recordatorios fúnebres~~ / tarjetas: ~~X~~ 100	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo: Sí — id. RECOGER SACERDOTE 15:30	
Certificado médico: ~~X~~ Sí — Registro Civil: ~~X~~ Santiago	
Carroza — Personal	
Ayunt.º: Sepultura: ~~Pondo~~ Pondo — Cambio cenizas bolsa	
Iglesia: VICESO	
Incineración — Urna: Campanero	
Presencian ☐ SI ☐ NO — Destino	
Cantores: Sí ~~Felisa~~ — Funeral: ~~JUAN~~ TESTÓN	efectivo
Flores (Lirios): 1 CENTRO 18 R.B.: "OLGA Y DAVID"; 1 CORAZÓN ROJO: "NOELIA" (63+IVA)	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre JOSÉ MARÍA VEIGA ESPARÍS D.N.I. Nº 33197081-P

id. de los padres JOSÉ MARÍA Y HERMINIA

Naturaleza ROIS Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 2-JUNIO-1948

Profesión Estado VIUDO Domicilio ESPARÍS, 7 - VICESO BRIÓN

Fallecimiento:

Fecha: 04:40 horas del día 9 de MAYO de 2025

Domicilio H. CLÍNICO

Cementerio VICESO Ayunt.º BRIÓN

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña. JOSÉ MARÍA VEIGA ESPARÍS

(VIUDO DE Mª LOURDES MARTÍNEZ SANDÁ) (VECINO DE ESPARÍS - VICESO - BRIÓN)

falleció en en el día de a los 76 años

confortado con los Auxilios Espirituales

~~Su esposo/a~~

Hijos/a OLGA MARÍA VEIGA MARTÍNEZ

Hijos/a políticos/a DAVID MOSTEIRO LANDEIRA

Padres/a JOSÉ VEIGA GANDARELA (VIUDO DE ODULIA ESPARÍS CAMAÑO)

Abuelos

Padres políticos OFELIA SANDÁ CABO (VIUDA DE CASTOR MARTÍNEZ BARBAZÁN)

Hermanos/a RAMÓN VEIGA ESPARÍS

Hermanos/a políticos/a MARÍA OLGA MARTÍNEZ SANDÁ

Nietos/a NOELIA Bisnietos Tios Sobrinos SÍ Primos SÍ

y demás familia.- Conducción SOBRINOS POLÍTICOS: SÍ

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

FALLECIDO

DECLARANTE (HIJA)

OMC — ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* (Sello/Carimbo: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS · A CORUÑA ·)

105704389
Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.*

D./Dña. / *D. / Dna.* MARIÑO FRANCISCO FERNÁNDEZ CAMBEIRO
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA , con el número / *, co número* Colegio actual / *Colexio actual* 15 · 1ª colegiación / *1ª colexiación* 15 · Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* 3712
y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* SANTIAGO / CHUS

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / *Nome do falecido/a:* JOSE MARÍA
1er Apellido del fallecido/a: / *1er Apelido do falecido/a:* VEIGA
2º Apellido del fallecido/a: / *2º Apelido do falecido/a:* ESPARÍS

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento* Día / *Día* 02 Mes / *Mes* 06 Año / *Ano* 1948
Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* [X] Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
[X] D.N.I. / *D.N.I.* Número: / *Número:* 33197081-P
[ ] Pasaporte / *Pasaporte* Número: / *Número:*
[ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* Número: / *Número:* [ ]–[ ]–[ ]

Hora y fecha de la defunción / *Hora e data da defunción* Hora : minutos / *Hora : minutos* 04:40 Día / *Día* 09 Mes / *Mes* 05 Año / *Ano* 2025
¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / *En que concello ocorreu a defunción?:* SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular / *Domicilio particular* [ ] Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [X] Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* [ ] Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* [ ] Otro lugar / *Outro lugar* [ ]

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado[1] / *Intervalo de tempo aproximado[1]***

I. Causa inmediata[2] / *Causa inmediata[2]*
(a) HEMOPTISE MASIVA NON TRAUMÁTICA — Horas / Días / Meses / Años

Debido a / *Debido a* ↓

Causas intermedias[3] / *Causas intermedias[3]*
(b) — Horas / Días / Meses / Años

Debido a / *Debido a* ↓

(c) — Horas / Días / Meses / Años

Debido a / *Debido a* ↓

Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental[4]*
(d) FÍSTULA AORTO-BRONQUIAL — Horas / Días / Meses / Años

II. Otros procesos[5] / *Outros procesos[5]* — Horas / Días / Meses / Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / *Houbo indicios de morte violenta?* Sí/*Si* [ ] No/*Non* [X]
¿Se practicó autopsia clínica? / *Practicouse autopsia clínica?* Sí/*Si* [ ] No/*Non* [X]

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / *A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:*
Accidente de tráfico / *Accidente de tráfico* No/*Non* [X] Sí/*Si* [ ]
Accidente laboral / *Accidente laboral* No/*Non* [X] Sí/*Si* [ ]
Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* Mes / *Mes* Año / *Ano*

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 *En* Santiago, a *, a* 9 de *de* marzo de *de* 2015

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 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 3☐ 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 ☐2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

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

II

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 1 0

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **causa Inmediata** 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 Defunción.*

***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 transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3☐ 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

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

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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

Outras 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

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ MARÍA VEIGA ESPARÍS, con documento identificativo DNI 33197081P, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 9 de mayo de 2025, a las 04:40 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 , 9 de mayo de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
09/05/2025 11:51	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:BNYM-QrvV-P8R3-VRvv