

OTROS CONCEPTOS

Corra: Tus amigos Lolita y Mando (Manuel Corra) (quise Pepe, a) (padre de Juli)

FALLECIDO: *S. 411* **SALVADOR DOMATO BUA** *Ta. 293*
 Fecha de fallecimiento *18* - Junio - 2025
 Domicilio *c/ Valle Irulan 7 (Casa Sacardotal)*
 Teléfonos: *673953510* *Noelia* E-mail: *D. Víctor Suárez*

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	<i>201 clc.</i>	Medida
Capilla ardiente	<i>Cap. Reliquias Catedral</i>	Sala Prep. ☒ Libro <i>si</i>
Gestión funeraria	<i>si</i>	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	<i>X Damascio - Tatario - Catedral</i>	
Prensa	<i>JUEVES</i>	
Radio	<i>17:00</i>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<i>569</i> <i>35124</i>	
Ómnibus acompañamiento	<i>—</i>	
Turismo	<i>id. —</i>	
Certificado médico	<i>X si</i>	Registro Civil: <i>Stgo.</i>
Carroza	<i>—</i>	Personal <i>si</i>
Ayunt.º: Sepultura	<i>X Claustro Catedral</i>	
Iglesia	<i>X Catedral de Stgo. (SAHI)</i>	
Incineración	<i>—</i>	Urna: <i>—</i>
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	<i>Iglesia</i>	Funeral: <i>Iglesia</i>
Flores	<i>X Corra P. BL : Tus hnos, hnos pd. y sobrinos (50)</i>	
	<i>X Policia Local (Hiere)</i>	
	<i>X Policia Local (Juev)</i>	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario
X MESA **X MES DE MAYO** **X 2 CABALLETES**

FALLECIDO: Nombre Salvador Domato Buía D.N.I. Nº 35 39 3360-V
id. de los padres Salvador y Carmen
Naturaleza Caldas de Reis Provincia Pontevedra
Día, mes y año de nacimiento 18 - Octubre - 1944
Profesión Sacerdote Estado S Domicilio c/ Valle Inclán 7 - Sgo

Fallecimiento: Fecha: 10:00 horas del día 18 de junio de 2025
Domicilio el mismo.
Cementerio Claustro Catedral de Sgo Ayunt.º Sgo.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. ~~L SEÑOR~~ Excmo. Sr. Monseñor
D. Salvador Domato Buía (Protonotario Apostólico de S.S.)

falleció en en el día de a los años
confortado con los Auxilios Espirituales (Encomienda de la Orden de Isabel La Católica)

Su esposo/a (Canónigo de la S.M. Catedral de Sgo de Compostela
Hijos y Párroco de la Catedral) Mº del

Hijos políticos Hnos: Ricardo (t), Mº del Carmen (t), Pilar, Joaquín y
Mº José D.B

Padres

Abuelos

Padres políticos Mº José Lluch, Juan de los Santos (t), Victoria
Hermanos (t) Carlos

Hermanos políticos Jesús Fdez Silva

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos si y demás fam. Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales 17:00

en la iglesia de S.M. Catedral de Sgo

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



35393360V

DNI 35393360V

109226



APELLIDOS / APELLIDOS

DOMATO

BUA

NOMBRE / NOME

SALVADOR

SEXO / SEXO

M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO

18 10 1944

EMISIÓN / EMISSÃO

31 03 2025

VALIDEZ / VALIDEZ

01 01 9999

NUM SOPORTE

CKD109226

310325

7.9.2025

919296

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. URUGUAY 25 P05 D
PONTEVEDRA
PONTEVEDRA

35393360V

EQUIPO EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
CALDAS DE REIS
PONTEVEDRA

HIJOS DE / FILLOS DE
SALVADOR / *CARMEN

IDESPCKD109226935393360V<<<<<<
4410182M9901018ESP<<<<<<<<<<<<3
DOMATO<BUA<<SALVADOR<<<<<<<<<<<<

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105525495

Colegio de Colexio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

, con el número
, co número

Colegio actual
Colexio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día
Día

Mes
Mes

Año
Año

Sexo:

Varón

Mujer

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

Número:

Documento
de identidad:

☐ 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

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario

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
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) ANTICONGULACIÓN

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DENGÜA COGNITIVA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 tráfico

No/Non
Sí/Sí

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non
Sí/Sí

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día
Día

Mes
Mes

Año
Año

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 Sancti Spiritus, a 11 de Septiembre de 2021

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

- 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 pola **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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ 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 maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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 SALVADOR DOMATO BÚA , con documento identificativo DNI, 35393360V según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 18 DE JUNIO DE 2025 a las 10:00 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 19 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
19/06/2025 11:47

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:HPq8-vZrH-cYCS-Wa\$k

