

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: JOSÉ MARTÍNEZ VILANUEVA

ST: 280

Fecha de fallecimiento: 9 DE JUNIO DE 2025

Domicilio: AMOSA, 1 - CAMANZO - VÍA DE CRUCES

Teléfonos: 669648398 Balbino

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C-1 GERMANA</u>	Medida <u>1,90</u>	
Capilla ardiente <u>QUINTANA</u>	Sala Prep. <u>SI</u>	Libro
Gestión funeraria <u>SI</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>TRÁFICO AL COMPLEJO</u>		
<u>HARTES</u>	<u>CORREO 2 HUECOS</u>	
<u>18:00 H.</u>	<u>ESQUELUS HORNES -> NO</u>	
Radio <u>NO</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>	<u>INSCRIPCIÓN</u>	
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>		
Turismo id. <u>SALE AL COMPLEJO</u>		
Certificado médico <u>SI</u>	Registro Civil <u>VIAS DE CRUCES</u>	
Carroza	Personal <u>Santiago</u>	
Ayunt.º: Sepultura <u>CAMANZO</u>	<u>FINEL</u>	
Iglesia <u>CAPILLA COMPLEJO</u>		
Incineración <u>OTICIA PISO</u>	<u>SESTRUCTURA SIN CUIDA -> SOLO FAMILIA</u>	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino <u>GERMANIA - NO PUEDE</u>	
Cantores <u>NO</u>	Funeral: <u>PISO</u>	
Flores <u>36 - ROSAS ROJAS</u>	<u>' QUE REPOSCE ' (cena)</u>	
	<u>55 ROSAS ROJAS EN 2 BUDOS</u>	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos	☒ Vestir	☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

2- MINUTARAS (Copias de la esposa, meter dentro de la caja)

OPEDAD DE JOSÉ MARTÍNEZ VILANUEVA

ENTERRANDO A

← AQUÍ LIBRE

← OCUPADO (ESPOSA)

← GENICERO

FALLECIDO: Nombre JOSÉ MARTÍNEZ VILANUEVA D.N.I. Nº 35173523-2
id. de los padres BALBINO Y CONSUELO
Naturaleza VILA DE CRUCES Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 6 DE ABRIL DE 1934
Profesión _____ Estado VIUDO Domicilio _____
AMOSA, 1 - CAMANZO - VILA DE CRUCES (PONTEVEDRA)
Fecha: 19:20 horas del día 9 de JUNIO de 2025
Fallecimiento: Domicilio SU DOMICILIO
AMOSA, 1 - CAMANZO - VILA DE CRUCES (PONTEVEDRA)
Cementerio _____ Ayunt.º _____

Cónyuge: _____ Nombre MANUELA DEL CARTEN FERNÁNDEZ ~~ARGORRI~~ URGORRI
+22 / JUNIO / 2022
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. BALBINO MARTÍNEZ FERNÁNDEZ (HIGO) D.N.I. 35293842-C
domiciliado en AMOSA, 1 - CAMANZO - VILA DE CRUCES (PONTEVEDRA)

D/ña. JOSÉ ALFONSO MARTÍNEZ VILANUEVA L SEÑOR
(VIUDO DE MANUELA DEL CARTEN FERNÁNDEZ URGORRI)
falleció en (VECINO DE CAMANZO - VILA DE CRUCES) en el día de 9/6/25 a los 91 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos BALBINO Y CHELO MARTÍNEZ FERNÁNDEZ
Hijos políticos PIER VISO RODRÍGUEZ Y JOSÉ LUIS ~~DE~~ BEGERRA
RODRÍGUEZ

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos _____

Hermanos políticos _____
CARTELA Y MARÍA
NIETOS POLÍTICOS: DIEGO Y RICARDO
AS AS CARTELA Tíos Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción MARCE Y ROSALÍA
Funerales 18:00H
en la iglesia de CAPILLA COMPLEJO
CASA MORTUORIA: COMPLEJO, SALA QUINTANA
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

EN GALLEGOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105614157

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Cauder Carolina Celis Vasquez

Santiago

Medico General

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514429

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 Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

JOSE MARTINEZ VILLANUEVA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 06

Mes 04

Año 1934

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón ☒Muller ☐

Documento

de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

☐ Pasaporte

Pasaporte

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

35173523-2

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

19:20

Día 09

Día 09

Mes 06

Mes 06

Año 2025

Año 2025

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

Vila de Ares

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) SEPSIS

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DIABETES MELLITUS

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

FIBRILACION AURICULAR

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿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:

Data do mesmo:

Día 00

Día 00

Mes 00

Mes 00

Año 00

Año 00

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 Vila de Cues, a 09 de Junio de 2015

Firma del médico
Sinatura do médico

13344956
CAROLINA CELIS
VÁSQUEZ

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 anota 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 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 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.

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil
registro civil - registro civil - registro civil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ MARTÍNEZ VILLANUEVA
, con documento identificativo DNI, 35173523Z según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 09 DE JUNIO DE 2025
a las 19:20 horas, acaecida en VILA DE CRUCES

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona
reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

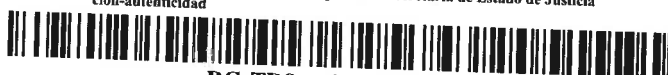
En Santiago de Compostela a 10 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
10/06/2025 12:39

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:TD8s-q4dg-rfqc-urKt

