

OTROS CONCEPTOS

~~Centro 24018: PAGADO ok • efectivo •~~
~~Centro 18018: PAGADO ok • efectivo •~~
~~Centro: Familia Juvén Casar • chuchi •~~
~~Centro Mod. 1: C.D. PAGADO S 783~~
~~Centro: PAGADO Encarna e Abel • chuchi •~~
~~Centro 18018: PAGADO ok • efectivo •~~
~~Centro mod 2: F. Ciego Tabaco •~~
~~Centro mod 2: F. Tabaco Joven •~~
~~Centro Mod 2: PAGADO Gimen e efectivo •~~
~~Centro 4018: PAGADO familia V. • ok efectivo 157'30~~

FALLECIDO: DOLORES CABO GARCIA

Fecha de fallecimiento 17 DE JUNIO DE 2025

Domicilio RUA DO OUTEIRO, 17 - BALCAIDE

Teléfonos 669650842 Hasta E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida	1,90	
Capilla ardiente CALO, 2	Sala Prep.	Si	Libro Si
Gestión funeraria Si		☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado X DOMICILIO AL TANATORIO			
Carroza traslado Carroza, 2			
Carroza traslado Prensa			
1200 X Radio			
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO			
Ómnibus acompañamiento NO			
Turismo id.			
Certificado médico X HADO	Registro Civil:	X TEO	
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura CALO - RETRANCIZAS			
Iglesia SAN JUAN DE CALO			
Incineración	Urna:	X ZACARIAS	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	X PATRONATO	
Cantores X SUSO	Funeral:	X SACRISTAN	
Flóres X Casco 40R: Fillos e fillos políticos •			
X Casco 40R: hermanos y hermanas políticas •			
X Esquela Lemecio y Teleria			
☒ Sudario ☐ Cubrefuneros ☒ Vestir	Acondicionamiento	☐ Rosario	

~~X~~ 140 (105813)

FALLECIDO: Nombre DOLORES CABO GARCIA D.N.I. Nº 33071255-S
id. de los padres GUMERSINDO Y HORTENSIA
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 12 DE OCTUBRE DE 1937
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio _____
RUA DO OUTEIRO, 17 - BALCAIDE - TEO (A CORUÑA)
Fecha: 02:10 horas del día 17 de JUNIO de 2025
Fallecimiento: Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio CAIO Ayunt.º TEO
Cónyuge: Nombre MANUEL VILAR MÍGUEZ (†10 NOV. 2020)

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. MARTA MARIA VILLAR CABO (Hija) D.N.I. 33371498-C
domiciliado en RUA DO OUTEIRO, 17 - BALCAIDE - TEO (A CORUÑA)

L SEÑOR

D/ña. DOLORES CABO GARCIA
(VIUDA DE MANUEL VILAR MÍGUEZ) (VECINA RUA DO OUTEIRO - BALCAIDE - TEO)

falleció en _____ en el día de 17/6/25 a los 87 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ 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



APELLIDOS / APELLIDG
 CABO
 GARCIA
 NOMBRE / NOME
 DOLORES
 SEXO / SEXO
 F
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
 12 10 1937
 LUGAR DONDE
 YALDEX / VALIDEZ
 BEC147054 01 01 9999

DNI 33071255S

James E. Cole

684096

DOMESTIC / DOMESTIC

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. OUTEIRO (DO) 0017
BALCAIDE
TEO
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TEO
A CORUÑA

HUJOA DE / FILLOA DE
GUMERSINDO / HORTENSIA

IDESPBEQ147054033071255S<<<<<<
3710128F9901018ESP<<<<<<<<<<0
CABO<GARCIA<<DOLORES<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ES 

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

 

33271498C



DNI 33271498C

APellidos: APELLIDOS
VILLAR
CABO

Nombre: NOMBRE
MARÍA MARIA

SEXO: SEXO NACIONALIDAD: NACIONALIDADE
F ESP NACIMIENTO: NACIMIENTO
28 07 1967

EMISIÓN: EMISIÓN VALIDEZ: VALIDEZ
18 08 2022 19 08 2032

NUM.SOPORTE
CDA114393



712128

CONCELLO DONDELO
RUA. DUTEIRO DO 0017
BALCAIDE
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE ANCIENOS. LUGAR DE ANCIENOS
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

MONA DE FELICIA DE
MANUEL / COLORES

IDESPCDA114393833271498C<<<<<<
6707297F3208195ESP<<<<<<<<<<5
VILLAR<CABO<<MARTA<MARIA<<<<<<

SOLICITANTE (Hija)



Colegio de



Colegio de

105614101

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

Algodia Fernández García

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Santiago de Compostela

, con el número

, co número

Santiago de Compostela

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

1 5 2 7 0 3 6 4 1

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

D O L O R E S

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

C A B O

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

G A R C I A

Fecha de nacimiento

Día

1 2

Mes

1 0

Año

1 9 3 7

Sexo:

Varón

Mujer

X

Data de nacemento

Día

1 2

Mes

1 0

Año

1 9 3 7

Sexo:

Varón

Muller

X

Documento

X

D.N.I.

Número:

3 3 0 7 1 2 5 5 - 5

Documento

Pasaporte

Número:

Documento

Pasaporte

Número:

de identidad:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

0 2 : 1 0

Día

1 7

Mes

0 6

Año

2 0 2 5

Hora e data da defunción

Hora : minutos

0 2 : 1 0

Día

1 7

Mes

0 6

Año

2 0 2 5

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

Tec

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA CARDIACA
REFRACTARIA

Horas
Días
Meses
Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCION DE PARTES BLANDAS
INFECCION URINARIA

Horas
Días
Meses
Años

(c) ENFERMEDAD RENAL CRONICA
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas
Días
Meses
Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DESCOMPENSACION DE INSUFICIEN-
CIA CARDIACA

Horas
Días
Meses
Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ASMA PERSISTENTE
FIBRILACION AURICULAR

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

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/Si

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa _____

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Si ☒ 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 de, a 17 de junio de 2025
 En Compostela, a _____ de _____ de _____

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
 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 defuncção 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 transcurrido 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.

Ejemplo:

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. 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.

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: Diabetes
 Horas Días Meses Anos

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas 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 DOLORES CABO GARCÍA
, con documento identificativo DNI, 33071255S según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 17 DE JUNIO DE 2025
a las 02:10 horas, acaecida en TEO

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 17 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
17/06/2025 12:12

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:RDre-QZnC-vwXA-E4wx

