

OTROS CONCEPTOS

ENTRO (18 R. BL): **PAGADO** BEGONA, MANUEL, CECILIO
 Y FAMILIA **efectivo**
 ENTRO (36 R. RI): **PAGADO** SORRANOS JOSÉ ANTONIO,
 GERARDO Y JESÚS MANUEL TPV
 ENTRO (105 R. BL): **PAGADO** HERMANOS GARCIA VITE TPV

ENTERRAR AQUÍ
 ESTÁ VACÍO.
 PARTE DE ARRIBA, NO
 MADO CENTRAL, FINANDO
 A A IGLESIA
 DON TEN CRISTAL.

PROP. DE
 CARLOS GARCIA VITE.
 + DIVINA
 GARCIA
 VITE.

FALLECIDO: **JULIO GARCIA VITE**
 Fecha de fallecimiento: **24- JUNIO- 2023**
 Domicilio: **HOSPITAL CÚNICO.**
 Teléfonos: **649173367 (Sobrina)** SUSANA 686865028.
 E-mail: **Pili**

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C3	Medida 590.	1110
Capilla ardiente BERTARIANS 3	Sala Prep. Si Libro Si	556 54 2815
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado HOSPITAL CÚNICO- BERTARIANS		107
Prensa concreto N°2 Niércoles		210
Radio 1 vez Niércoles		11480
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo 0 Días Recogen Convento S. Francisco		17:45 56
Certificado médico Si	Registro Civil SANTIAGO.	3
Carroza	Personal	17850 198
Ayunt.º: Sepultura	AREIXENDA.	
Iglesia	AREIXENDA, X PIVELLO	125
Incineración	Urna: X SAGRADO	50
Presencia	☐ SI ☐ NO	70
Cantores Si JAVIER	Funeral: X D. Joaquín Francisco	8500
Flores Corona 40 R.R. "Tus hermanas y hermana Pili"		143
	Corona 40 R.R. "Tus Sobrinos"	143
	"Pili y Daniel e Susana"	
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento
		☒ Rosario
		3470 7970

FALLECIDO: Nombre JULIO GARCIA VITE D.N.I. N° 33.173.461-D
id. de los padres JOSE / PILAR
Naturaleza ADES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 12- OCTUBRE - 1943
Profesión _____ Estado SOLTERO Domicilio CALZADA DO CARMEN,
Nº 4. SANTIAGO DE COMPOSTELA
Fecha: 14:00 horas del día 24 de JUNIO de 20 25
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL CLINICO
Cementerio A DEIXENDA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Susana Garcia vite (sobrina) D.N.I. 33300607.B
domiciliado en Rua Souz Ulb. 12-2º B- 5º
EL SEÑOR ESQUECA CASTELLANO.
D/ña. JULIO GARCIA VITE,

falleció en _____ en el día de _____ a los 81 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a #

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos AUELINA (+), DANUELA (+), DIVINA (+), DANIEL (+), JOSÉ (+)
GERARDO Y CARMEN GARCIA VITE

Hermanos políticos ~~CARMEN DOBRE~~ DANUEL NIETO (+), ~~ESP~~ CARMEN TASSARA (-)
PILAR GULDRIS (+) y CARMEN DOBRE.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
GARCIA

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
VITE

NOMBRE / NOME
JULIO

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
12 10 1943

IDEMP
AQI166018

VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

GVJ

DNI NÚM.
33173461D

Julio Garcia



ES

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33300607B

DNI 33300607B

APELLIDOS / APELIDOS
GARCIA
VITE

NOMBRE / NOME
SUSANA

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO
08 06 1974

EMISION / EMISSION
10 05 2025

VALIDEZ / VALIDADE
10 05 2035

NUM SOPORTE
CKP143121

204352

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Colegio de



105725808

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.Eduardo Otero Rodríguez
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional enA Coruña
Santiago de CompostelaColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

15/15/105/6

1ª colegiación
1ª colegiación

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:

2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 12

Mes 70

Año 1993

Sexo:

Varón X

Mujer

Documento
de identidad:D.N.I.
D.N.I.

Número:

33173461-D

Documento
de identidad:Pasaporte
Pasaporte

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

14:00

Día 24

Mes 06

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

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

HIPERTENSION ARTERIAL

DIABETES MELLITUS

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Si/ Si

No/ Non X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/ 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 X

Accidente laboral

No/ Non X

Fecha del mismo: Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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, a 24 de Junio de 2025

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

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 pela causa imediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, é dicer, nunha orde natural do 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 defunção: "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 excluyentes, é dicer, 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. 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 ☐ ☐ 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

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, sepárelas 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.



Nº expediente: **20250625/010823**

Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción No Judicial (Caso Muerte Natural)**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO

Dª EVA BERNARDEZ PEREIRAS

En **Santiago de Compostela** a **25 de JUNIO** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª **JULIO GARCIA VITE** que se identifica con D.N.I nº **33173461D**, con último domicilio conocido en CALZADA DO CARMEN, 4 – SANTIAGO DE COMPOSTELA, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **24 de JUNIO** de **2025** a las **14:00** 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 la del fallecimiento.



