

OTROS CONCEPTOS

ENTRO (Var. 2): TW VECINA TERESA • 5.864
181 7600 2934 529 **PAGADO** 66028360

Voz de Galicia Tds
raquelalopez17@gmail.com

FALLECIDO: José Luis Aller Uzáque
Fecha de fallecimiento 30 DE JUNIO DE 2025
Domicilio H. CLÍNICA
Teléfonos: 647974276 - Jesús (HERMANA) - mail: HERMANA

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-O	Medida	312'57
Capilla ardiente	X QUINTANA	Sala Prep. SI	Libro SI
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado	X HOSPITAL - TANATORIO		107
	<u>miércoles</u>	<u>Voz de Galicia Tds</u>	<u>1000.-</u>
	<u>10:00h</u>	<u>ED. GENERAL (DOMINGO)</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	No		
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id.		
Certificado médico	X SI	Registro Civil: X SANTIAGO	3
Carroza	<u>-</u>	Personal X SI	129'50
Ayunt.º: Sepultura	<u>-</u>		
Iglesia	X SALÓN DE ACTOS		151'354
Incineración	X MIÉRCOLES 11:00h	Urna: X SARGONESCOS	174
Presencia	☐ SI ☒ NO	Destino <u>COSTA DE MARICAR</u>	
Cantores		Funeral:	
	X RAMO 11 GIRASOLES SIN CINTA		70'00
Flóres	X RAMO 11 GIRASOLES SIN CINTA		70'00
	<u>NO FLORES</u>		49'60
			73'50

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre JOSÉ Luis ALER VÁZQUEZ D.N.I. Nº 35291522-T
id. de los padres AUFILIO / EMILIA
Naturaleza A CORUÑA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 07 - JULIO DE 1962
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA DE MALLOU, Nº 62 - 3º D
SAUTAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 17:28 horas del día 30 de JUNIO de 2025
Domicilio HOSPITAL CLINICO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SAUTAGO

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. HERNANDEZ DOMINGUEZ CASAS (ESPOSA) D.N.I. 33269749-L
domiciliado en R/MALLOU, 62 - 3º DR - SAUTAGO

L SEÑOR

D/ña. _____

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

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ 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



8JC 165738



APELLIDOS / APELLIDOS

ALLER
VAZQUEZ

NOMINEE / NOMINEE

JOSE LUIS

SEXO / SEXO

RACIONALIDAD / NACIONALIDADE

35

ESP

FORMA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO

07 07 1962

ACM SPORT

VALIDEZ / VALIDEZ

BJC165332 05 02 2029

DNI 35291522T

414976

DOMICILIO / DOMICILIO

RUA. DE MALLOU 62 P03 D

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO

A CORUÑA

A CORUÑA
A CORUÑA

HUJO/A DE / FILLO/A DE

AVELINO / EMILIA

IDESPBJC165332835291522T<<<<
6207074M2902050ESP<<<<<<<<<<
ALLER<VAZQUEZ<<JOSE<LUIS<<<<

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
DOMINGUEZ
CASAIS

NOMBRE / NOME
HERMOSINDA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
09 08 1966

NUM DOCUMENT VALIDEZ / VALIDEZ
BDQ190844 04 04 2027

739136

DNB 33269749L

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. MALLOU 62 P03 DR
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
DUMBRIA
A CORUÑA

NUOVA DE / FILLIDIA DE
JOSE / MARIA

IDESPBDQ190844833269749L<<<<<<<
6608095F2704047ESP<<<<<<<<<<<<<4
DOMINGUEZ<CASAIS<<HERMOSINDA<<



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105614519

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Diego Iglesias Álvarez
D. / Dña. A CORUÑA
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colégio actual
Colexio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
15/15119638
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSE LUIS
Nome do falecido/a: JOSE LUIS
1º Apellido del fallecido/a: ALLER
1er Apellido do falecido/a: ALLER
2º Apellido del fallecido/a: VAZQUEZ
2º Apellido do falecido/a: VAZQUEZ

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 07 Año 1962
Data de nacemento: Día 07 Mes 07 Ano 1962
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 35291522-T
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 17:28 Día 30 Mes 06 Año 2025
Hora e data da defunción: Hora : minutos 17:28 Día 30 Mes 06 Ano 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ 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) ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA ISQUÉMICA
Debido a/Debido a
Horas 1 Días 0 Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) PARADA CARDÍACA
Debido a/Debido a
Horas 1 Días 6 Meses Años
Horas Días Meses Años

(c) FIBRILACIÓN VENTRICULAR
Debido a/Debido a
Horas 1 Días 0 Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
Debido a/Debido a
Horas 1 Días 0 Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

¿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: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sr ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Sr ☒ 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 30 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 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 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

Outros 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 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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ LUIS ALLER VÁZQUEZ
, con documento identificativo DNI, 35291522T según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 30 DE JUNIO DE 2025
a las 17:28 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 01 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
01/07/2025 11:40

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:eKgK-5paU-yqTP-ERVb

