

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: JUAN MANUEL GARCIA GUINCE

ST-345
SC-237

Fecha de fallecimiento

16- JULIO- 2025

Domicilio HOSPITAL Clínico - SANTIAGO

Teléfonos: 655 54 369 Irene E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-O	Medida SIN CRUZ (SIN CRISTO) 780
Capilla ardiente	TOTAL Si Libro NO	640 + 54
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO	107
Prensa	(NO)	
Radio	(NO) PLACA ACERO ->	155
Recordatorios fúnebres / tarjetas	(NO)	
Ómnibus acompañamiento	(NO)	
Turismo	- id.	
Certificado médico	Si	Registro Civil: SANTIAGO 3
Carroza	- FAMILIA. Personal	12950
Ayunt.º: Sepultura	• X NELO (ARREDO) ENTIERRO URNA VIERNES 18 A LAS 16:00 (AVISADO)	150
Iglesia	(MARTIN DOMINGO) DON GONZALO (ARREDO) (AVISADO) POR CORREO ELECTRONICO	
Incineración	Si Urna: BASICA + MINI URNA	351
Presencia	☐ SI ☐ NO Destino	9070 + 32'20
Cantores	Funeral:	
Flóres	• 18 ROSAS DANCAS: 70 ESTATE HATS • 80 (ENCIMA CADA) A TUA DONA E FILLOS • 30 ROSAS ROSAS: A TUA FAMILIA • 135	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		3470
		73'55

Coordinadora - 659.802.659 Eva Sammartino

padu@ra@gmail.com

FALLECIDO: Nombre JUAN MANUEL GARCIA GUIANCE D.N.I. N° 44816906A
id. de los padres DANIEL Y MARIA CARMEN
Naturaleza CARBALLO Provincia A CORUNA
Día, mes y año de nacimiento 14. MAYO - 1977
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio AVDA. SALAMANCA, 3-4º
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 15^{ta} horas del día 16 de JUNIO de 20 25
Domicilio HOSPITAL CLINICO - SANTIAGO
Cementerio CREMACIÓN EN COMPLEJO FUNERARIO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. IRENE REY HERNÁNDEZ (ESPOSA) D.N.I. 44806276E
domiciliado en EL MISMO

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 _____ 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

IDESPBGJ108063044816906A<<<<<
7705142M2711209ESP<<<<<<<<<6
GARCIA<GUIANCE<<JUAN<MANUEL<<<

IDESPCGD124656544806276E<<<<<
7609169F3309195ESP<<<<<<<<<3
REY<HERNANDEZ<<IRENE<<<<<<<<<

DECLARANTE (ESPOSA)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105464173

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

y con ejercicio profesional en

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:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:Documento
de identidade:☒

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:

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 particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro 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) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) GASTROBLASTOMA GRADO 4 OMS

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 o 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

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JUAN MANUEL GARCÍA GUIANCE , con documento identificativo DNI, 44816906A según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 17 DE JULIO DE 2025 a las 15:54 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 17 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
17/07/2025 11:29

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:h3MB-yzhF-b9bb-zKc8

