

OTROS CONCEPTOS

PAGADO "Sua Cuita" tarjeta "Cam Mucha Canido"
S: MP 925 TPU de Park de Hucha
77 "Casa las y Carmen"
S: MP 927
PAGADO "Bazar de Vilbr" para Lopez web
S: MP 926
PAGADO "Held Sarmiento web" ca. 953
S: MP 926
PAGADO "Bazar de Vilbr" para Lopez web
S: MP 926
PAGADO "Bazar de Vilbr" para Lopez web
S: MP 926
PAGADO "Bazar de Vilbr" para Lopez web
S: MP 926

x enviada 17/7

Contra n:6 →

Bazar de Vilbr, S.L.

B15004401

C. del Tensport, nac 113 P. Bmbr.

bazardevilbr@gmail.com.

ST-344

FALLECIDO: MARIA DOLORES FOLLA - CISNEROS VILLAR

Fecha de fallecimiento 16 DE JULIO DE 2025

Domicilio HOSPITAL CLINICO

Teléfonos: 679 444 404 Manuel (Papa)
E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo 204	Medida 1'90		1856
Capilla ardiente Quintana	Sala Prep. si	Libro si	
Gestión funeraria si	☐ Tramitación UUW		
Carroza traslado	Domilio al complejo		
Prensa	Carro, 6 (Familia)		
Radio	Carro, 6 (Bazar)		(biso)
Recordatorios fúnebres / tarjetas	no		
Ómnibus acompañamiento	no		
Turismo	id. Sale al complejo		
Certificado médico	Si Registro Civil: Santiago		
Carroza si	Personal si		
Ayunt.: Sepultura	El Bazar - Rojo N°29A		
Iglesia	El Rosario (18:30 h)		
Incineración	Urna: Pedro		
Presencia	☐ SI ☐ NO Destino		
Cantores familia	Funeral: Piso		X 60 (107815)
Flores	FAMILIA		

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Maria Dolores Folla - Cisneros Villar D.N.I. Nº 33016564-H
id. de los padres José y Dolores
Naturaleza A Comina Provincia A Comina
Día, mes y año de nacimiento 13-Julio-1931
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio _____

Fallecimiento: Fecha: 00:52 horas del día 16 de Julio de 2025
Domicilio H. Clínico
Cementerio El Rosero Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. Manuel Villar Folla - Cisneros (hijo) D.N.I. 33226684-X
domiciliado en C/ Montero Rios, 25 - P4G - Santiago
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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
FOLLA - CISNEROS

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
VILLAR

NOMBRE / NOME
MARIA DOLORES

SEXO / SEXO NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
13 07 1931

IDENTIFICACION
ACH164174

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

FVM

DNI NÚM.
33016564H

M. Dolores F. Villar



FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO
C. MONTERO RIOS 25 P04 G
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HUOIA DE / FILLO/A DE
LUIS / MARIA DOLORES

IDESPBJC166623833226684X<<<<<<<
5602258M2902142ESP<<<<<<<<<<9
VILLAR<FOLLA<CISNEROS<<MANUEL<

SOLICITANTE (HIJO)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105623665

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. VICTOR MAYOR COLL

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513797

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

MARIA DOLORES

1º Apellido del fallecido/a:

FOLLA-CISNEROS

2º Apellido del fallecido/a:

VILLAR

Fecha de nacimiento

Día 13

Mes 07

Año 1951

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día 13

Mes 07

Año 1951

Sexo:

Varón

Muller

Documento de identidad:

X

D.N.I.

Número:

33016564-H

Documento de identidad:

Pasaporte

Número:

Documento de identidad:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Documento de identidad:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

00:52

Día 16

Mes 07

Año 2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

00:52

Día 16

Mes 07

Año 2025

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

X

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMATICA

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) ICTUS ISQUEMICO

II. Otros procesos / Outros procesos

¿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

Accidente de tráfico

Si/Si

Accidente laboral

Si/Si

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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 Santiago, a 16 de julio 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 dizer, 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) Hemorragia 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, anotarase 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 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: Diabetes

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 MARÍA DOLORES FOLLA-CISNEROS VILLAR , con documento identificativo DNI, 33016564H según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 16 DE JULIO DE 2025 a las 00:52 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 16 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
16/07/2025 11:47

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:GSmx-J4Yv-pVdx-NE&4

