

OTROS CONCEPTOS

TPV 5.944
 3001A (40 R BL) - FAMILIA MATEIRO JAPONES
 306 1007 9837 **BAGAP** 0128 017052634. Gernon.

975 FALLECIDO: Andrés Villaverde del Río

SI: 354

Fecha de fallecimiento 21 Julio 2025

Domicilio Rta Tabernas 47 10720

Teléfonos: 629 848 204 J. Ramal E-mail: 079 44 06 70 Andres

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	R80 TA	Medida 1'90 1448.00
Capilla ardiente	Quintana	Sala Prep. Libro Si: 640 54 2825
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV 173
Carroza traslado	Domicilio - Complejo Apóstol	107
	Xineo Mad y.	490
Prensa		
Radio	1002 Harles Jey	114 88
Recordatorios fúnebres / tarjetas	no 1003 placa inox 35 x 12	180.00
Ómnibus acompañamiento	no	
Turismo	Quintana 12.000h. Rases en 3 Cap. 2000	46
Certificado médico	Si	3
Registro Civil	Simulacro	122 107 1215
Carroza	Personal	150
Arant.º. Sepultura	Sep 5612	1000
Iglesia	Cap. 10a Complejo	151
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino 1009 1000
Cantores	No	Funeral D. Vistal 60
Flores	Corona 40 R. Blancas	Tus hijos Eñijos Policos 143
	Corona 40 R. Blancas	Tus hermana Pilar 143
	Corona 18 R. Rojas	Tus nietos (E.C.) 80

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

3470

73

FALLECIDO: Nombre ANDRES, VILLAVERDE DEL RIO D.N.I. N° 33244550E
id. de los padres RAMON y MARIA
Naturaleza ORDEN Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 01-06-1937
Profesión 901 ZBO - SANTIAGO. Estado VUERO Domicilio RUA TABANISCAN 47

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 21 de 07 de 2025
Domicilio el mismo
Cementerio BOISACA Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre Vdo. M.º del Pilar Martínez Lemos

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Andrés Villaverde Martínez (Hijo) D.N.I. 33281174-J
domiciliado en el mismo

EL SEÑOR
D/ña. Andrés Villaverde del Río
Vecino de Santiago Udo de María Pilar Martínez Lemos
falleció en Meixugo en el día de _____ a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos Jose Ramón, Andrés, Pilar y Eva Villaverde Martínez

Hijos políticos Martín Bourca, ~~Francisco~~ Martínez, Carlos Rey y Juan ~~Reyes~~ Rodríguez

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ _____

~~Padres políticos~~ _____

Hermanos Pilar, Elisa (+) y Manuel (+) Villaverde Rios

Hermanos políticos Si

→ Nietos Mahus, Rosalia, Pablo, María, Carmen, Elói y Xolén

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción y demás familia

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

ORDES
A CORUNA
RAMON / MARIA
C / TABANISCAS 47 PQ1 IZ
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PRD NLE RAS PROVINCIA DE
A CORUNA
85492 5040
1577116D

1 DESPAFV169534832244550E<<<<<<
3706015M9901018ESP<<<<<<<<<<3
VILLAVERDE<DEL<RIO<<ANDRES<<<<

DOMICILIO: DOMICILIO
RUA. TABANISCAS (DAS) 0047 P01 ES
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO - LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

INDADE/FILOADE
ANDRES AGUSTIN / JOSEFA PILAR

IDESPCDV194661333281174J<<<<<
7005299M3211197ESP<<<<<<<<<O
VILLAVERDE<MARTINEZ<<ANDRES<<<

DECLARANTE (HIJO)

105719381

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de Colegio de



D./Dña. **JOSÉ FERNÁNDEZ BENITO, LICENCIADO**
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **LA CORUÑA**, con el número
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en **LA CORUÑA**, co número
y con ejercicio profesional en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**
e con exercicio profesional en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: **ANDRÉS**
Nome do falecido/a: **ANDRÉS**
1º Apellido del fallecido/a: **VILLAVERO**
1er Apellido do falecido/a: **VILLAVERO**
2º Apellido del fallecido/a: **DEL RIO**
2º Apellido do falecido/a: **DEL RIO**

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día **04** Mes **06** Año **1937**
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: **33244530-E**
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número: **33244530-E**
☐ Pasaporte Número: **33244530-E**
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: **33244530-E**
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número: **33244530-E**

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos **13:00** Día **21** Mes **07** Año **2025**
Hora : minutos **13:00** Día **21** Mes **07** 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 ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Outro lugar ☐

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

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**
AGUDA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) **METÁSTASIS CEREBRALES**
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) **ADENOCARCINOMA DE PULMÓN**
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
ESTADIO IV

¿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 **21** Mes **07** Año **2025**
Data do mesmo: Día **21** Mes **07** Año **2025**

* VALE CORRECCIÓN
Mod. CMD-BED-G

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

¿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 21 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 45 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 Días

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 2 Años
(c) Pielonefritis crónica debido a 2 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 5 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 10 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 defunção 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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 45 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 Días

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 2 Años
(c) Pielonefrite crónica debido a 2 Años

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 10 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: Diabete

Horas 5 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.


EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA



El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, don Andrés Villaverde del Río y esposa ha satisfecho la cantidad de CINCO MIL (5.000) - - - - - pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para adquirir el derecho de propiedad de la sepultura en tierra de primera clase del Cementerio municipal de Boistaca número cinco mil seiscientos doce (5612)

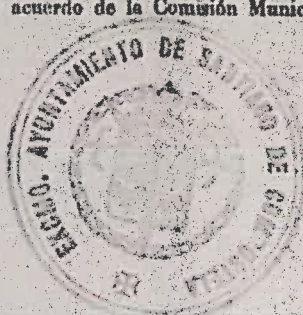
Por tanto, se concede a don Andrés Villaverde del Río y esposa el derecho de propiedad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el día siete de octubre de mil novecientos setenta y uno con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autorización de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.

En los casos de traslación de dominio por herencia, venta o donación, debe darse conocimiento a la Excmo. Corporación Municipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio 5612 del Libro correspondiente.
Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a veintisis de octubre de mil novecientos setenta y uno

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE,



EL SECRETARIO,

Título de propiedad de la sepultura en tierra de primera clase del Cementerio Municipal de Boistaca señalado con el número cinco mil seiscientos doce (5612)



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ANDRÉS VILLAVERDE DEL RIO , con documento identificativo DNI, 32244550E según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 21 DE JULIO DE 2025 a las 13:00 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 el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 22 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
22/07/2025 11:00

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:fHKB-dxJe-FDkc-Jwjd

