

OTROS CONCEPTOS

24. RR "Familia **PAGADO**" 630128941 • EPECTIVO
 entro modelo 1. T. **PAGADO** Placido y Lda. 3PU
 59174 1496

entro 24 B. Campesino de Hija **PAGADO** (631290067)
 INTRO (24 B. RR): JOSEFINA Y FERNANDO •
 INTRO (18 B. RR): FAMILIA OSPINA **PAGADO**
 nro EV? BPR. T. los hermanos políticos y sobrinos TRV •
 entro F.V. B. **PAGADO** Inés TRV •

var escuela Restaurant de Higueno (Plaza de Abasco)

ST: 533
 1010 711

FALLECIDO: Jose Duro Vaamonde

Fecha de fallecimiento 20- Octubre- 2025

Domicilio R/ Benefica de Corra, 58- Stgo

Teléfonos: Beatriz- 620084334 E-mail: bea.panishe@hotmail.com

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	1'90
Capilla ardiente	Cabo, 2	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si		☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Domitio - Tant.		
	Micreob, Prensa		
	16:30		
	1 ver Martes y 1 ver Miércoles		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—		
Ómnibus acompañamiento	—		
Turismo	id. Id. (Patnab)		
Certificado médico	Id. (Patnab)		
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura	nicho n° 107 costado E-S		
Iglesia	Cabo Id. (Patnab)		
Incineración	Urna: —		
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Si: Id. (Patnab)		
Flóres	Id. (Patnab)		
	Con R.R. Tu Espase		
	Con R.B. Tu hijo y hija polít.		
	Crt. 18 R.B. "Gracias por todo abuelo"		
	encore caja		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario Escuela en Iglesia y Cementerio			

FALLECIDO: Nombre JOSÉ DURO VAAMONDE D.N.I. Nº 33175548A
id. de los padres RAMIRO / MANUELA
Naturaleza AMENEIRO - TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 16 - FEBRERO - 1944
Profesión 58- Stgo. Estado Casado Domicilio R/ Benefica de Conxo,

Fallecimiento: Fecha: 20:22 horas del día 20 de OCTUBRE de 20 25
Domicilio RUA BENEFICA DE CONXO, 58 - SANTIAGO
Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. BEATRIZ ANTONIA DURO ESTÉVEZ (hija) D.N.I. 44806615Q
domiciliado en RUA BENEFICA DE CONXO, 58 - SANTIAGO

D/ña Jose Duro Vaamonde AL SEÑOR
(Vecino Natural de (Calo) y Vecino da Beje Benefica de Conxo)
falleció en en el día de a los 81 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Cham Estévez Quintela
Hijos Beatriz Carlos Duro Estévez

Hijos políticos Finbar De la cruz Trainor y Wendy Carreiro Rodriguez

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Maruja y Anselmo Duro Vaamonde

Hermanos políticos Si Alicia y Santi

Nietos Bisnetos Tios 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

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33175548A

APELLIDOS / APELLIDOS
DURO
VAAMONDE
NOMBRE / NOME
JOSE
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / NACIMENTO
16 02 1944
FECHA DE EMISION / VALIDEZ / VALIDEZ
03 11 2021 01 01 9999
NÚM. SOPORTE
CAZ140165

Jose Duro 686976

LECTORAL PARTIDO / PARTIDO ELECTORAL / PARTIDO ELECTORAL

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. BENEFICA DE CONXO 58
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMENEIRO
TEO
A CORUÑA
HIJA DE / FILLO DE
RAMIRO / MANUELA

IDESPCAZ140165833175548A<<<<<<<
4402163M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<2
DURO<VAAMONDE<<JOSE<<<<<<<<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS
DURO
ESTEVEZ
NOMBRE
BEATRIZ ANTONIA
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD
ESP
FECHA DE NACIMIENTO
06 02 1975
NÚM. SOPORTE
BKY109606 26 10 2029

Beatriz 348224

DNI 44806615Q

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. BENEFICA DE CONXO 58
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJA DE
JOSE / MARIA DEL ROSARIO

IDESPBKY109606544806615Q<<<<<<<
7502064F2910264ESP<<<<<<<<<<<<<0
DURO<ESTEVEZ<<BEATRIZ<ANTONIA<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106041275

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514696

1ª colegiación.
1ª colexiación.

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:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 16

Mes 02

Año 1944

Sexo: Varón ☒ Mujer ☐Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad:

Documento de identidade:

☒ 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:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Santiago de Compostela
Santiago de Compostela

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día 20

Día 20

Mes 10

Mes 10

Año 2025

Año 2025

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro lugar

Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO CARDIO RESPIRATORIO

¿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

Accidente de tráfico

No/Non ☒Sí/Si ☐

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non ☒Sí/Si ☐

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día ☐Día ☐Mes ☐Mes ☐Año ☐Año ☐

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 20 de octubre de 2025
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

Elizabeth M. A.

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 existiese 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 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 ☐ ☐ 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. Anotase 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: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras recomendacións

- 1.Emplegar máiusculas 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, 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 DURO VAAMONDE, con documento identificativo 33175548A, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte del 20 de OCTUBRE de 2025, a las 20:22 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 21 de OCTUBRE de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
21/10/2025 21:45

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:fdtF-4EQR-sCqP-VsX5

