



FALLECIDO: Nombre JOSÉ ÁNGEL GONZÁLEZ EIRAS D.N.I. Nº 33.146.911-R  
id. de los padres RUPERTO / SARA  
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA  
Día, mes y año de nacimiento 2-ENERO-1943  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado CASADO Domicilio RUA BLANCO AMOR, Nº9-4ºA  
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 04:30 horas del día 23 de OCTUBRE de 2025  
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO  
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: \_\_\_\_\_ | Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ ; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. MARÍA DEL PILAR SEOANE FERNÁNDEZ ( ESPOSA ) D.N.I. 33174875-C  
domiciliado en BLANCO AMOR, 9 - SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA)

L SEÑOR

D/ña. JOSÉ ÁNGEL GONZÁLEZ EIRAS ( VECINO DE RUA BLANCO AMOR-STGO )  
( SUBICADO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE COMO )  
falleció en \_\_\_\_\_ en el día de 23/10/25 a los 82 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a MARÍA DEL PILAR SEOANE FERNÁNDEZ  
Hijos YOLANDA Y ESTHER GONZÁLEZ SEOANE

Hijos políticos JOSÉ MANUEL MÉNDEZ TATO Y ALVARO VILARELLE NÚÑEZ

Padres \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos \_\_\_\_\_

Hermanos HERMANOS: PAULA Y FERNANDO

Hermanos políticos RAQUEL SEOANE Y FERNANDO CIBES

LARA, NOA Y YAGO NIETOS POLÍTICOS: MARTÍN Y ÁLEX → DEMÁS HERMANOS POLÍTICOS

Nietos + Bisnietos \_\_\_\_\_ Tíos \_\_\_\_\_ 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

**ESPAÑA**  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APellidos: APELLIDOS  
**GONZALEZ  
GIRAS**

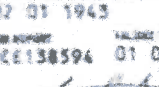
Nombre: NOMBRE  
**JOSE ANGEL**

Sexo: SEXO  
**M**

Nacionalidad: NACIONALIDAD  
**ESP**

Fecha de nacimiento: Fecha de nacimiento  
**02 01 1943**

Forma de sustracción: FORMA DE SUSTRACCIÓN  
**02 01 9999**



**33146911R**

**463488**

IDESPBC138594733146911R<<<<<<  
4301026M9901018ESP<<<<<<<<<<3  
GONZALEZ<EIRAS<<JOSE<ANGEL<<<<

# FALLECIDO

**ESPAÑA**  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



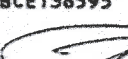
**APELLIDOS / APELIOS**  
**SEOANE**  
**FERNANDEZ**

**NOMBRE / NOBE**  
**MARIA DEL PILAR**

**SEXO / SEXO** **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**  
**F** **ESP**

**FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO**  
**23 02 1946**

**NUM. DOCUMENTO** **VALIDEZ / VALIDEZ**  
**BCE138595 01 01 9999**



**DNI** **33174875C** **176256**

IDESP BCE138595833174875C<<<<<<  
4602239F9901018ESP<<<<<<<<<2  
SEOANE<FERNANDEZ<<MARIA<DEL<PI

# SOLICITANTE





CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105788673

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio actual  
Colegio actual

Nº de colegiado/a  
Nº de colegiado/a

151513963

1ª colegiación  
1ª colegiación

D./Dña. Candela Fernández Reino  
D. / Dña.  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número  
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Santiago de Compostela, co número  
y con ejercicio profesional en Santiago de Compostela  
e con exercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSE ANGEL  
Nome do falecido/a:  
1º Apellido del fallecido/a: GONZALEZ  
1er Apellido do falecido/a:  
2º Apellido del fallecido/a: EIRAS  
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 02 Mes 01 Año 1943  
Data de nacemento Día Mes Ano  
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐  
Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33146911-R  
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:  
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:  
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 04:30 Día 23 Mes 10 Año 2025  
Hora e data da defunción Hora : minutos Día Mes Ano

¿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 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<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>  
(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA  
Debido a/Debido a

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>  
(b) REAGUDIZACIÓN DE EPOC  
Debido a/Debido a

(c) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA  
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>  
(d) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA  
Debido a/Debido a

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>  
  
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? No/Non ☒ Sí/Si ☐  
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? No/Non ☒ Sí/Si ☐

¿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?

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo ☒ ☐ ☐ ☐

*Klebsiella Pneumoniae productora de betalactamasas de espectro ampliado*

¿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 *23* de *octubre* 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

- 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 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 excluyentes, é decir, 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 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

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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.

# CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

## Datos relativos al prestador de servicios funerarios

|                                                                                          |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L.                                  | C.I.F.: B15657901 |
| Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª |                   |
| Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez              | DNI: 33200436 M   |

## Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Denominación: COMPLEJO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO                                              |
| Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L. |
| Ubicación del establecimiento: SANTIAGO                                                        |

## Datos relativos al profesional que realiza la técnica

|                                                                                     |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Nombre apellidos y nº DNI del profesional: ADRIÁN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ                 | DNI: 45873033Q |
| Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia) |                |
| Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140                                    |                |

## Datos relativos a la persona fallecida

|                                                                                                                      |              |          |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|--------------------------------------|
| Nombre y apellidos: JOSÉ ÁNGEL GONZÁLEZ EIRAS                                                                        |              |          | Nacionalidad: ESPAÑOLA               |
| Dni/Pasaporte: 33146911R                                                                                             | Sexo: HOMBRE | Edad: 82 | Fecha nacimiento: 2 DE ENERO DE 1943 |
| Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 23 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 04:30 EN HOSPITAL CLÍNICO – SANTIAGO DE COMPOSTELA |              |          |                                      |
| Causa fallecimiento: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA                                                         |              |          |                                      |
| Destino final: CREMATORIO COMPLEJO FUNERARIO APÓSTOL SANTIAGO                                                        |              |          |                                      |

Siendo las 10:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☐ Conservación transitoria:
- ☐ Refrigeración
- ☐ Congelación
- ☐ Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 23 de octubre de 2025

El profesional que realiza la técnica

**ADRIÁN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ**

45873033-Q

**TANATOPRACTOR**

12/16/00003778/SANPO108

Adrián Jiménez Rodríguez

45873033Q

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

**Funeraria - Tanatorio  
Apóstol Santiago S.L.**  
C.I.F. B15657901  
Rúa Botafumeiro, 11  
36204 Boqueixón, Pontevedra  
Tel: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez

33200436M





MINISTERIO  
DE JUSTICIA

**LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN**

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ ÁNGEL GONZÁLEZ EIRAS, con documento identificativo 33146911R, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte del 23 de OCTUBRE de 2025, a las 04:30 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 24 de OCTUBRE de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
24/10/2025 12:55

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR  
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE  
ENCARGADO



RG:zdUt-f6YR-6Qzu-wuqm

