

OTROS CONCEPTOS

PAGADO

CTPV - Montevideo

PRO 18 ROSAS Blancas: Tu AHI TARDAS DESAR.

SIMPLI 1810

PAGADO

CTPV - Montevideo

CONCHA Y R. Rojo. Vecinos de Poboa

MEGA JUNI 2020 N° 15

EDANA MEGA

7000E 20000 en Igles- 15:30

ST: 826

FALLECIDO: JUAN TOJO FUENTES

Fecha de fallecimiento 9- DICIEMBRE - 2015

Domicilio RUA DO VILERO, 23 - CACHERAS

Teléfonos: 036.26.8489. VANGA E-mail:

ST: 826
ST: 85

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'9		
Capilla ardiente MONTEVIDEO - 3	Sala Prep. SI	Libro SI	
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV		
Carroza traslado DOMICILIO - TRANSITORIO			
Prensa	CORREO - 3 (X 2 FOLIOS)		
Radio NO			
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100		
Ómnibus acompañamiento			
Turismo id.	15:30 Igles MILADURO		
Certificado médico	X SI		
Registro Civil	X TEO		
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura	X PINELO NICHILIBRE		125 +
Iglesia	STA MARIA DE TEO		
Incineración	Urna: X ACONDICIONADO		
Presencia	☐ SI ☐ NO		
Destino	Funeral X JOSEPH		
Cantores	X SUSO		
Flores	X CORONA (R/B): "TU ESPOSA, HIJA E HIJO POST" 0		
	X CORONA (R/B): "TUS HERMANOS Y HERMANAS POST" 0		

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre JUAN TOJO FUENTES D.N.I. Nº 33211402-T
id. de los padres FRANCISCO Y LUISA
Naturaleza TOJO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 9- AGOSTO - 1952
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio Rúa do Viveiro, 23
CACHEIRAS - TEO

Fallecimiento: Fecha: 18.05 horas del día 9 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio SU Domicilio
Cementerio SANTA MARIA DE TEO Ayunt.º TEO

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. POULA VANESA TOJO GARCIA (hija) D.N.I. 44812026-E
domiciliado en R/DO VIVEIRO, 23 - CACHEIRAS - TEO

EL SEÑOR
D/ña. JUAN TOJO FUENTES
(VECINO DE MUERTO A TORRA - MORTUO - TEO)
falleció en _____ en el día de _____ a los 73 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/a MARIA GARCIA IGLESIAS
Hijos VANESA TOJO GARCIA

Hijos políticos ALBERTO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos GUILLERMO, OROSLIA, ENRIQUE (†) TOJO FUENTES

Hermanos políticos MARISA, DINA, CASIMIRO Y AURORA; JOSE (†), ANTONIO (†)
MANOLO (†), JAINE, GENARO, OFELIA Y SALVADOR (†) GARCIA IGLESIAS;
ELENA, ROSA, CARMEN, MARCO, EVARISTO E IRENE

Nietos NO Bisnietos _____ Tíos SI Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción * AHIJADO: OSCAR.

Funerales _____

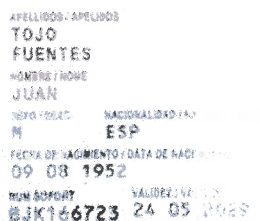
en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

Salida 15:45



279744

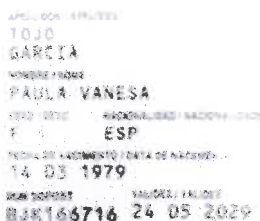
25,300,000 25,300,000

CACHEIRAS
TEO
A CORUÑA

57711601

IDESPBJK1667233332114021R<<<<<
5208096M2905246ESP<<<<<<<<<1
TOJO<FUENTES<<JUAN<<<<<<<<<<

FALLECIDO



45766-

[Return to top](#)

CACHEIRAS
TEO
A CORUÑA

[illegible]

IDESPBJK166716344812026E<<<<<<
7903144F2905246ESP<<<<<<<<<3
TOJO<GARCIA<<PAULA<VANESA<<<<<

SOLICITANTE (HIJA)



Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106042097

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. CARLOS BECEIRO BECEIRO

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

A CORUÑA

y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

SANTIAGO

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

151506254

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JUAN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

TOJO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

FUENTES

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 09

Mes 08

Año 1952

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón ☒Muller ☐Documento
de identidad:

D.N.I.

Número:

33211402-T

Documento
de identidad:

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

18:05

Día 09

Día

Mes 12

Mes

Año 2021

Año

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

Domicilio particular ☒Centro hospitalario ☐Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro 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 CARDÍACA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) MIOCARDIOPATÍA DILATADA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵HIPERTENSION ARTERIAL
DIABETES

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí ☐No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí ☐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 de tráfico Sí/Sí ☐Accidente laboral No/Non ☒
Accidente laboral Sí/Sí ☐Fecha del mismo: Día ☐Mes ☐Año ☐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 TEO, a 9 de DICIEMBRE de 2015

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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐ ☐☐
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 ☐☐ ☐☐ ☐☐
Horas Días Meses Años

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
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 2
Horas Días Meses 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

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 5
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

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 10
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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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 Defunción.

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 defunción, 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐ ☐☐
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 ☐☐ ☐☐ ☐☐
Horas Días Meses Años

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
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 2
Horas Días Meses 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 10
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: Diabete

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 5
Horas Días Meses Años

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.



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **10** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a JUAN TOJO FUENTES que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº 33211402T según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **09** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 18:05 horas, acaecida en TEO.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



