

OTROS CONCEPTOS

los 18 cosas blancas: Aspas blancas 661 486 081
 NO FRA
 Tel: (4-y)
 entro 24 cosas refer: **PAGADO** de cosas 637.873 220 Baum
 S.M.P. 183
 entro 18 cosas blan familia **PAGADO** (Chino)
 entro 18 cosas: **PAGADO** de Recambios Ochoa TV
 Sim 184

FALLECIDO: **JUAN CARLOS VIEIRO NAGUEIRA**

Fecha de fallecimiento: **29 - ENERO - 2026**

Domicilio: **H. CLINICA**

Teléfonos: **630459166 MARIA - E-mail:**

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-O (CERRADA) Medida 1,90	838
Capilla ardiente	CERVANTES Sala Prep. Si Libro Si	806/56/2440
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV	19460
Carroza traslado	HOSPITAL - COMPLETO	115
Prensa	EXPRESO GALLEGOS N° 2	210
Radio	1 RADIO N°?? Cambio x coche	7420
Recordatorios-funeros / tarjetas	50 (FAMILIA)	32
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	id. SALE AL TANATORIO	63
Certificado médico	Si Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal ENTIERRO CERVANTES 149/285	
Ayunt.º: Sepultura	BOISACA SEP. N° 48 SABADO 31	
Iglesia	CAPILLA COMPLETO (H. COL. XI 15 A)	154
Incineración	Si (17:00) Urna: BÁSICA (GRIS)	360/151230
Presencia	☒ SI ☐ NO Destino	600 (12076)
Cantores	NO Funeral: Si	168
Flóres	CORONA 40 R. ROJAS - TU ESPOSA	
	CORONA 40 R. ROJAS - TUS HIJOS E HIJA POLITICA	168
	CENTRO V.E.G. (COLORIDO) - MARTINA	114
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		3650

25780
 T-67
 C-31
 3624688
 4579
 4579

FALLECIDO: Nombre JUAN CARLOS VIEIRO NOGUEIRA D.N.I. Nº 33267871-6
id. de los padres Onesimo / Teodora
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 19-11-1964
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA ANXERIZ Nº 8
PORTAL 2 - 2º H. MILLADOIRO - AMES

Fallecimiento: Fecha: 8.40 horas del día 29 de 1 de 2026
Domicilio H. Clínico
Cementerio INCINERACIÓN COMPLETO APOSTOL Ayunt.º STGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. Eva María Abeitón Monteagudo (cópia) D.N.I. 33289004T
domiciliado en el mismo.

D/ña. EL SEÑOR JUAN CARLOS VIEIRO NOGUEIRA (EN GALLEGO)

falleció en _____ en el día de 29/1/2026 a los 61 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a EVA MARIA ABEITON MONTEAGUDO
Hijos BREIXO Y XACOB VIEIRO ABEITON

Hijos políticos MARGENIS RAMIREZ MANEIRO

Padres MADRE: TEODORA NOGUEIRA LEA

Abuelos _____

Padres políticos MADRE POLITICA: Hª DEL CARMEN MONTEAGUDO FRANQUEIRA

Hermanos JOSE RAMON, ANTONIO, MANUEL Y DORA

Hermanos políticos LUISA, MERCEDES, EMILIA Y RAMON

Nietos HARTINA VIEIRO RAMIREZ Bisnietos NO Tíos — Sobrinos — Primos —
DEMAS FAMILIA

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO.

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
VIEIRO
NOGUEIRA
NOMBRE / NOME
JUAN CARLOS
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
19 11 1964
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN / VALIDEZ / VALIDEZ
BNX105199 11 02 2031

705216

DNI 33267871G

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. ANXERIZ 8 2 P02 H



MILLADOIRO
AMES
A CORUÑA

15771L601



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

HUJIA DE / FILLOA DE
ONESIMO / TEODORA

IDESPBNX105199433267871G<<<<<<<
6411194M3102112ESP<<<<<<<<<<<<5
VIEIRO<NOGUEIRA<<JUAN<CARLOS<<

FALLECIDO

ES
33265 104T

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 33289004T
APELLIDOS / APELLIDOS
ABEIJON
MONTEAGUDO
NOMBRE / NOME
EVA MARIA
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
05 04 1970
FECHA DE EMISIÓN / EMISIÓN
30 08 2022 VALIDEZ / VALIDEZ
30 08 2032
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN / VALIDEZ / VALIDEZ
CDE150958

031104

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. ANXERIZ 8 2 P02 H



MILLADOIRO
AMES
A CORUÑA

15771L601



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

HUJIA DE / FILLOA DE
ONESIMO / TEODORA

IDESPBNX105199433267871G<<<<<<<
6411194M3102112ESP<<<<<<<<<<<<5
VIEIRO<NOGUEIRA<<JUAN<CARLOS<<

DECLARANTE (ESPOSA)

105781627

Colegio de

Golegio de

Nº Certificado/Nº certificado



CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D. Dña.
D. / Dña

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Martina

Laureina

Veina

A Coruña

Santiago de Compostela

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiados
Nº de colegiados

151513478

Nº colegiados
Nº colegiados

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

DOAN CARLOS

1º Apellido del fallecido/a:

VIEIRO

2º Apellido del fallecido/a:

NOGUEIRA

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 19
Dia 19

Mes 11
Mes 11

Año 1964
Año 1964

Sexo:
Sexo:

Varón ☒
Varón

Mujer
Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

33267871-6

Documento
de identidad:

Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data de defunción

Hora : minutos
Hora : minutos

08:40

Día 29
Dia 29

Mes 01
Mes 01

Año 2026
Año 2026

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

Santiago

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 instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA GRADO IV
COMA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSA-
DA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

MIOCARDIOPATÍA DILATADA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Si/Sí No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Si/Sí Accidente laboral Si/Sí

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día
Dia

Mes
Mes

Año
Año

Continúa al reverso
Continua ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

SI/SI ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

SI/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 29 de Enero de 2026

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron a morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/o siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárelas 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.

02

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 APÓSTOL SANTIAGO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO S.L.
Ubicación del establecimiento: RUA BOISACA, 11 - SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: DAVID DOMINGUEZ REY	DNI: 33293470 G
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado Nº 12/1700003550/SANP0108	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: JUAN CARLOS VIEIRO NOGUEIRA		Nacionalidad: ESPAÑOLA	
Dni/NIE/Pasaporte: 33267871G	Sexo: HOMBRE	Edad: 61	Fecha nacimiento: 19/11/1964
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 29 DE ENERO DE 2026, EN HOSPITAL HOSPITAL CLÍNICO			
Causa fallecimiento: NATURAL			
Destino final: CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL			

Siendo las 12:30 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 29 de enero de 2026

El profesional que realiza la técnica

DAVID DOMÍNGUEZ REY
33293470G
TANATOPRACTOR
12/1700003550/SANP0108
David Domínguez Rey
33293470G

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria - Tanatorio
Apostol Santiago S.L.
C.I.F.: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15880 Santiago de Compostela
TEL: 981 58 06 69
José Domínguez Pérez
33200436M



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 30 de **ENERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JUAN CARLOS VIEIRO NOGUEIRA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33267871G** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **29 de enero de 2026** a las **08:40** horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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



