

FALLECIDO: Nombre JOSÉ ÁNGEL DOMÍNGUEZ ÁLVAREZ D.N.I. Nº 35559196T
id. de los padres JOSÉ Y EVA
Naturaleza O ROSAL Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 4 DE JULIO DE 1967
Profesión — Estado C Domicilio Rúa JOSÉ RIVAS
FERNÁNDEZ 4 - SANTINHO

Fallecimiento: Fecha: 02:00 horas del día 18 de FEBRERO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio CREMATÓRIO COMPLEXO PRÍNCIPAL Ayunt.º SANTINHO

Cónyuge: Nombre
LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. JAVIER DOMÍNGUEZ ÁLVAREZ (HERMANO) D.N.I. 35563140.B
domiciliado en NDA OVELLAS, 6-SªA-VIGO (PONTEVEDRA)

D/ña. José Ángel Domínguez Álvarez L SEÑOR

falleció en en el día de 18/2/26 a los 58 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a : Mónica Gil
Hijos : Ana y Eva Domínguez Gil
(2) 0
Hijos políticos —

Padres : José Domínguez Oroia y Eva Álvarez Gómez
Abuelos
Padres políticos : ¿?
Hermanos : Javier D.A

Hermanos políticos : ~~Arancha~~ ; sobrina : Mara
Arancha

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos Primos
y demás familia.-

Conducción
Funerales Jueves una y media → Inc. en la int. familiar
en la iglesia de Cap. Camp Ap.
CASA MORTUORIA: S. Centenario
(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



APellidos / APELLIDOS
DOMINGUEZ
ALVAREZ
Nombre / NOME
JOSE ANGEL
Sexo / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
Fecha de nacimiento / DATA DE NASCIMENTO
04 07 1967
Num report
EJW141232 VALIDEZ / VALIDADE
11 06 2022

84-108

EQUIPO / EQUIPO
157711.6D1

HAJOA DE / FILLOA DE
JOSE / EVA

IDESPBJW141232135559006 <<<<<<
6707046M2906117ESP<<<<<<4
DOMINGUEZ<ALVAREZ<<<<<< ANGEL<

FALLECIDO



APELLIDOS / APELIDOS
DOMINGUEZ
ALVAREZ
 NOMBRE / NOME
JAVIER
 SEXO / SEXO
M
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
18 01 1973
 RUN / SPORT
BFF126242
 VALIDEZ / VALIDEZ
11 04 2026

CONCEILHO / CONCELHOEQUIPO / EQUIPO
36913L6D3

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / EVA

IDESPBBF1262422355631403<<<<<<
7301186M2604114ESP<<<<<<888888
DOMINGUEZ<ALVAREZ<<JAN<<<<<<

SOLICITANTE (HERMANO)



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971823

Nº Certificado/Nº certificado

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

131514308

1ª colegiación
1ª colegiación

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

A CORUÑA

, con el número
, co número

SANTIAGO

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSE ANGE L

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

DOMINGUEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

ALVAREZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 04

Mes 07

Año 1967

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

35559196-T

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

02:00

Día 08

Día 08

Mes 02

Mes 02

Año 2026

Año 2026

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

SANTIAGO

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 paxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) HIPOXEMIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) INFECCION RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CÁNCER DE PULMÓN ESTADIO IV

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ 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 18 de Febrero de 2016

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 02

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anota 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 00 Días 00 Meses 00 Años 05

II

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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: "Enfermedad 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

II

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas 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 INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ ÁNGEL DOMÍNGUEZ ÁLVAREZ con documento identificativo DNI núm. 35559196T según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 18 de febrero de 2026, a las 02:00 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

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

En Santiago de Compostela a, 19 de febrero de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
19/02/2026 11:02

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:Y5Gt-R3GA-4BNr-kFFc

