

OTROS CONCEPTOS

WTO 18 R. (BY R): FAMILIA FERNANDEZ RUA . 8

usos blancos: Platos y Sémis

homode: De La Parilla de Santiago

No 18 resanbli: Catedral de Santiago 981 569327618

MI CATEDRAL DE SANTIAGO C/F: 21500455

JA DO ULAR, 1 - J - SANTIANO concubina Casarabesango, 2

8:41 373

to 24 assembl.
Páizquez web

ntu 18 raser by: Las angade 219 Rute
219 Rute 371 Rute TPV

até 24 horas ~~antes~~ ^{após} os Pedreiros.

2020 modu. 2020 Clia fira

Estado Libre: Guillermo Rúa Rodríguez 20-11-2009. (Diciembre 2009)

etras levida

FALLECIDO:

CESAR GUILLERMO RIVERA MARTINEZ

Fecha de fallecimiento 24-FEBRERO-2026

Domicilio

Teléfonos: 649877727. H: TACS E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-1 Medida 1'9"	62675
Capilla ardiente SALA QUINTANA Sala Prep. Si Libro Si	65055084
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUV	177 109
Carroza traslado HOSPITAL - COMPLEJO	490
Prensa Voz ED. GENERAL 2'5 x 2 Canal	580
Radio RADIO MIÉRCOLES Canal 6	11726
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo id. SAVE AL TURISMO	
Certificado médico XS! Registro Civil SANTIAGO	3 12519095- 12247
Carroza X Trabajo Neto Personal	150
Ayunt. ^o Sepultura ROSACA SEP 9630 Pinalo	154
Iglesia CAPICUA COMPLEJO FUNERAL S. FERNANDEZ	
Incineración Urna: VIGANES \$18.00	
Presencial ☐ SI ☐ NO Destino Dallas Texas TX	
Cantores NO Funeral: DANIEL BUCALDO NO CANTORES	
Flores 1 CENTRO CAGAR 40 R.B. A TÍA DINA 146 1 CENTRO CAGAR 40 R.B. OS TRÉS FLORES 141-	
Sudario Cubrefuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	2110 753 2110

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre CÉSAR GUILLERMO RÍA MARTÍNEZ D.N.I. Nº 32555609-Y
id. de los padres GUILLERMO Y GUADALUPE
Naturaleza 0 VICEDO Provincia LUGO
Día, mes y año de nacimiento 16. ENERO - 1944
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio REPÚBLICA ARGENTINA, 26-4º JFO - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 20:00 horas del día 24 de FEBRERO de 2026
Domicilio LI. CLÍNICO
Cementerio BISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. CÉSAR RÍA MARTÍNEZ L. SEÑOR "AVOCADO"
(NATURAL DE NEGRADAS - VICEDO - LUGO) (VECINO DE SANTIAGO)
falleció en _____ en el día de _____ a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/a DOÑA GLORIA CEBRIÁN FRANCO
Hijos GUADALUPE, MAITE, CÉSAR Y GLORIA RÍA CEBRIÁN

Hijos políticos VLADIMIRO Y ALBERTO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos NIEVES (+) Y MIGUEL (+) RÍA MARTÍNEZ

Hermanos políticos JAVIER Y MARÍA TERESA CEBRIÁN FRANCO

→ MATEO Y SIMÓN

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos SÍ Primos SÍ

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



Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105968051

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. EMMA MORÁN FERNÁNDEZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

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

151513885

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

CESAR GUILLELMO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

RUA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

MARTINEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 16

Mes 01

Año 1944

Sexo:

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

32555609-Y

☐ Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

☐ 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

20:00

Día 24

Mes 02

Año 2026

¿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

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) EMBOLISMO PULMONAR MASIVO
PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años

(c)

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SÍNCOPE

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

¿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 tráficoNo/Non
Sí/SiAccidente laboral
Accidente laboralNo/Non
Sí/SiFecha del mismo:
Data do mesmo:

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 Santiago, a 24 de FEBRERO 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 ☐ ☐ 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

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.

Instruccions 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 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 ☐ ☐ 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. 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

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.

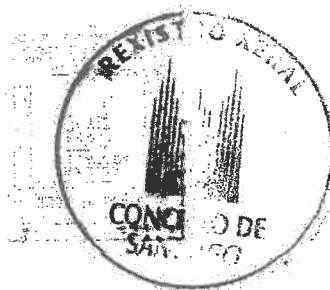
Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras recomendacións

1. 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.



**TITULO DE CONCESIÓN DE UNIDADES DE ENTERRAMENTO
DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA**

Sepultura - 9.630

0F0030919

En cumprimento da resolución da Concellaría Delegada de Cemiterios con data do 29-01-2007, e logo de acreditar o pagamento das taxas correspondentes, inscribese no libro de rexistro do Cemiterio a concesión de uso da unidade de enterramento sinalada anteriormente a favor de:



Titulares	DNI
GUILLERMO RÚA RODRÍGUEZ	32518745B
CÉSAR GUILLERMO RÚA MARTÍNEZ	32555609Y
MARÍA NIEVES DIGNA RÚA MARTÍNEZ	76390620F
MIGUEL VICENTE QUINTÍN RÚA MARTÍNEZ	33223618A

O prazo de concesión é de noventa e nove anos e o seu uso esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

En caso de translación de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 30 de xaneiro de 2007

A CONCELLEIRA DELEGADA DE CEMITERIOS

O SECRETARIO XERAL DO GOBERNO
MUNICIPAL



Asdo.: Marta Álvarez-Santullano Fernández



Asdo.: José Ramón Alonso Fernández





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 **25** de **FEBRERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **CÉSAR GUILLERMO RÚA MARTÍNEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **32555609Y** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **24 de FEBRERO DE 2026** a las **20:00** 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.



