

OTROS CONCEPTOS

ENCERO (VAP) ENCERO TPV SIMPLI 244
 Acto 18 R.B: O ENCERO Xubidos de Venia TPV 244
 Acto 24 R.B: O ENCERO Xubidos de Venia TPV 244
 Acto 40 R.B: O ENCERO Xubidos de Venia TPV 244
 Acto FV 13: Con ENCERO Xubidos de Venia TPV 244

FALLECIDO: JUAN JESÚS VILLAR CUADRADO ST: 88
 Fecha de fallecimiento 8 - febrero - 2026
 Domicilio Hospital Clínico / Rúa Lisboa 4, 3º Izda.
 Teléfonos: 664043931 (Hijo) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>Sin capatai Carro</u>	Medida <u>1'90</u>	<u>838</u>
Capilla ardiente <u>TOURAL</u>	Sala Prep <u>X Si</u> Libro <u>extra.</u>	<u>896 56</u>
Gestión funeraria <u>X Si</u>	☐ Tramitación UUV	<u>19960</u>
Carroza traslado <u>X H. clínico - Complejo.</u>		<u>115</u>
Prensa <u>NO</u>		
Radio <u>NO</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO X 28 FOTOS IMPRESAS</u>		<u>1820</u>
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>		
Turismo id.		
Certificado médico <u>X Si</u>	Registro Civil: <u>X SANTIAGO</u>	<u>3</u>
Carroza	Personal	<u>235</u>
Ayunt.º: Sepultura <u>X</u>		<u>154</u>
Iglesia <u>X Acto CIVIL CONCREJO APOSTOL</u>		<u>360</u>
Incineración <u>Si (18:00 hrs)</u>	Urna: <u>BASICA</u>	<u>9340</u>
Presencia <u>X Si</u> ☐ NO	Destino	
Cantores <u>NO</u>	Funeral: <u>FAMILIA</u>	
Flóres <u>X Acto 18 R.B: CON AMOR DOS TEUS FILLOS; 114</u>		
	<u>CENCIMA CASO GRACIAS POR SER QUEEN BONOS</u>	<u>3650</u>
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		<u>7720.</u>

éetro, taxatorio, 1 Centro, Servicio Religioso
Incineración + Urna
No entra organizta ni taxi

FALLECIDO: Nombre JUAN JESÚS VILLAR CUADRADO D.N.I. Nº 06 976 749-K
id. de los padres JUAN / LUCILA
Naturaleza SANTA CATALINA DE LA SIERRA Provincia CÁDIZ
Día, mes y año de nacimiento 23 - MARZO - 1959
Profesión _____ Estado DIVORCIADO Domicilio RUA LISBOA, 4, 3º Izda.

Fallecimiento: Fecha: 04:14 horas del día 8 de Febrero de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO.
Cementerio CREMATÓRIO APÓSTOL SANTIAGO Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. CARLOS VILLAR VÁZQUEZ (hijo) D.N.I. 46291510 P
domiciliado en Calle Sevilla, 25, 4º A - Valladolid.

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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



ES





REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD





DNI 06976749K





06976749K





APELLIDOS / APELLIDOS
VILLAR
CUADRADO

NOMBRE / NOME
JUAN
JESUS

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO
23 03 1959

EMISIÓN / EMISSÃO
15 11 2021

VALIDEZ / VALIDADEZ
15 11 2031

NUM.SOPORTE
CAZ141967



636160



NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



FALLECIDO

DOMICILIO/DOMICILIO:
RUA. LISBOA 4 P03 IZ
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO:
SANTA CRUZ DE LA SIERRA
CÁCERES

FECHA DE / FECHA DE V.
JUAN / LUCILA

15771L6D1

IDESPCAZ141967706976749K<<<<<<
5903232M3111150ESP<<<<<<<<<<<0
VILLAR<CUADRADO<<JUAN<JESUS<<<



ES



REINO DE ESPAÑA



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



46291510P



DNI 46291510P



4615292



APELLIDOS
VILLAR
VAZQUEZ

NOMBRE
CARLOS

SEXO
M

NACIONALIDAD
ESP

EMISIÓN
28 07 2025

VALIDEZ
28 07 2030

NUM SOPORTE
CLB152922



01 11 1996



379200



NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL IDENTIDAD



DNI

DOMICILIO
C. SEVILLA 00025 P04 A
VALLADOLID
VALLADOLID

LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HOGAR DE
JUAN JESUS / MARIA ESTHER

IDESPCLB152922346291510P<<<<<<
9611010M3007284ESP<<<<<<<<<9
VILLAR<VAZQUEZ<<CARLOS<<<<<<<

DECLARANTE (HIJO)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105983236

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. **ANA BEIÉN TURBO POPE**
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **A CORUÑA**

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Colegio de

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1510619

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día **23**

Mes **03**

Año **1959**

Sexo:

Varón ☒

Mujer ☐

Documento
de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

06976749-K

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 **04:14**

Día **08**

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 instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) **ISQUEMIA ENTESTINAL MASIVA**

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) **SHOCK MIXTO SEPTICO CANDIDEMIA**

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E**

Horas Días Meses Años

ISQUEMIA ABUDA MIEMBROS

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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
Accidente de tráfico

No/Non ☒

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non ☒

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☐

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 8 de FEBRERO de 2021

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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pola **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: "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 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.

Exemplo:

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) Hemorragia 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, anotarase 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 ☐ ☐ 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 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 **09** de **FEBRERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JUAN JESÚS VILLAR CUADRADO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **06976749K** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **08 de FEBRERO DE 2026** a las **04:14** 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.



