

OTROS CONCEPTOS

180 18 casas. refun bl: Tús amigos Namely Tina.
 180 18 A. B. Teresa y Andre TPV. 635 057273
 180 18 casas bl: Tús amigos ~~PACADO~~ e Isolina efektiv

- SEPULTURA 380-

ENTIERO ESTÁ OCUPADO CON RESTOS, SE RECOGERON LAS CENIZAS DE MARÍA TEDESA DEL PILAR RIVASOL FREIRE E FALLECIÓ EL 25/2/2022, QUE ESTABA ENTERRADA EN EL CUERPO DE ABAJO. JUAN BERNARDO IGUESIAS GARCÍA SE TIERRA EN EL CUERPO DE ABAJO Y LA BOLSA CON LOS RESTOS DE MARÍA TEDESA DEL PILAR RIVASOL FREIRE SE DEPOSITAN EN EL CUERPO DE ARRIBA UNA VEZ TERMINADO EL ENTIERRO, CON OTRAS 5 BOLSAS QUE YA ESTABAN AHÍ.

25/2/2022

via Teresa del Pilar Pizaral Fresno.

FALLECIDO: JUAN BERNARDO, IGUESIAS GARCÍA

Fecha de fallecimiento 6. Abril - 2026

Domicilio

617.45.11.82 (Jen)

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Redback	Medida	626'75
Capilla ardiente	TOURAL - Sala Prep.	Si ☒ Libro ☒ Si	656 / 55 / 28'55
Gestión funeraria		☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	Hospital - Complejo		109
MARTES	CEPENO N° 3 (Martes)		375
16 ⁴⁵			
Radio	NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	1 id. Sala Complejo del cura		46
Certificado médico	Si	Registro Civil Santiago	3
Carroza		Personal	125 / 90'55 / 150
Ayunt.º Sepultura	Boisaca 380		130'70
Iglesia	Capilla Complejo		154
Incineración		Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	AVISA FAMILIA	Funeria Lomas de Luis	60 (12712)
Flores	1 a a : ROSAS BLANCAS - TUS HIJOS		146
	1 a a : TUS HIJOS POLITICOS		146
Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario
			2770
			75'30

FALLECIDO: Nombre JUAN BERNARDO, IGLESIAS GARCIA D.N.I. N° 33140584 E
id. de los padres SALVADOR Y MARIA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 20 - SEPTIEMBRE - 1940
Profesión _____ Estado VIUDO Domicilio c/ MANUEL MARIA, 20 - 2.º
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 750 horas del día 6 de ABRIL de 20 26
Domicilio HOSPITAL CLINICO - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. JUAN JOSE IGLESIAS RIVASOL (Hijo) D.N.I. 33290246 F
domiciliado en EL MISMO

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 _____ Tios _____ 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

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971633

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. DANIEL GÓMEZ REY
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A LORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colexio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1 5 1 2 9 7 8 6
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JUAN BERNARDO
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: IGLESIAS
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: GARCIA
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 20 Mes 09 Año 1940
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33140584-E
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 07 50 Día 06 Mes 04 Año 2026
Hora : minutos Día Mes Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: SANTIAGO DE COMPOSTELA
¿En que concello ocorreu a defunción?:
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Outro lugar

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

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) INSUFICIENCIA CARDÍACA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) EDENAGUDDO DE PULMON
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) CAZDIDPATRA ISQUÉMICA
MASA PULMONAR
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?
Si/Si ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?
Si/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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐ Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día Día Mes Mes Año Año

Continúa al reverso
Continúa 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 6 de ABRIL 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 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 0 0 0 0

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 0 0 0 0 2

(c) Pielonefritis crónica

debido a 0 0 0 0 2

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 0 0 0 0 5

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 0 0 0 0 1 0

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 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 decir, 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 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 0 0 0 0

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 0 0 0 0 2

(c) Pielonefrite crónica

debido a 0 0 0 0 2

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 0 0 0 0 1 0

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 0 0 0 0 0 5

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.

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
IGLESIAS

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
GARCIA

NOMBRE / NOME
JUAN, BERNARDO

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
20 09 1940

IDENTIF
AJB180515

VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

GGJ

DNI NÚM.
33140584E

Lua



IDESPAJB180515233140584E<<<<<
4009207M9901018ESP<<<<<<<<<4
IGLESIAS<GARCIA<<JUAN<BERNARDO

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



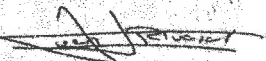
APELLIDOS / APELLIDOS
IGLESIAS
RIVASOL

NOMBRE / NOME
JUAN JOSE

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
M **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
29 06 1970

NUM. DOPORT **VALIDEZ / VALIDEZ**
BNS143744 **18 01 2031**



DNI 33290276 F **073216**

IDESPBN\$143744133290276F<<<<<<
7006296M3101182ESP<<<<<<<<<<3
IGLESIAS<RIVASOL<<JUAN<JOSE<<<



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 06 de ABRIL de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JUAN BERNARDO IGLESIAS GARCÍA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33140584E** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **06 DE ABRIL DE 2026** a las **07:50** 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.



