

OTROS CONCEPTOS

20 Mod. 2 ROSA - TV **PAGADO** SIMPLI 895
 24 ROSA b1. Familia Linares Fev. 20 **PAGADO** SIMPLI 895
 40 ROSA b1. Familia Linares hijos web **PAGADO** SIMPLI 895
 18 ROSA b1. Familia Linares hijos web **PAGADO** SIMPLI 895
 24 ROSA c1. Familia Linares hijos web **PAGADO** SIMPLI 895
 24 ROSA b1. Dirección y trabajadores Grupo Casta web **PAGADO** SIMPLI 895
 18 ROSA b1. Familia Linares Fev. 20 **PAGADO** SIMPLI 895
 18 ROSA b1. Familia Linares Fev. 20 **PAGADO** SIMPLI 895

Fondo itiquie
 Fam. Vázquez
 medio

FALLECIDO: Plácido Vázquez Ramos
 Fecha de fallecimiento: 20- Mayo - 2026
 Domicilio: H. Clínica - Stgo
 Teléfonos: 647816059 Jorge E-mail: tajino41@gmail.com

CONCEPTOS	Medida	Servicio prestado
Arca modelo C-1	1'90	62675
Capilla ardiente "Praterias"	Si Libro Si	656 55 2895
Gestión funeraria Si	Tramitación UUV	177
Carroza traslado Hospital - Complejo		109
Prensa Carroza n° 3		37500
Radio Radio 1er Juver		11736
Recordatorios fúnebres / tarjetas Grabación lapid		330
Ómnibus acompañamiento Extracción Hacerpasos		7420
Turismo id. Recoger en casa BAÑERO		600
Certificado médico Registro Civil: Santiago		900
Carroza Personal		18290 + 9095
Ayunt.º: Sepultura Carroza		13270
Iglesia Capilla Complejo		125
Incineración Urna:		154
Presencia SI NO Destino		80
Cantores Si Felise	Funeral: D. Francisco	85 (130292)
Flóres Cor. R.B. Tu esposa		146
Cor. R.B. Tu hijo y hijos políticos		146
Cat. 18 R.B. "Tus nietos"		75
encuina ej:		
Sudario Cubrefúntos Acondicionamiento Rosario		2770
		2770
		2770

FALLECIDO: Nombre Plácido Vázquez Ramos D.N.I. Nº 33161457B
id. de los padres Jesús y María
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 10/03/1945
Profesión nº 54 - 2º - Stgo) Estado Casado Domicilio Benefic de Conxo,

Fallecimiento: Fecha: 15:05 horas del día 20 de Mayo de 2026
Domicilio H. Clínico - Stgo
Cementerio Laraño Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

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

EL SEÑOR

D/ña. Plácido Vázquez Ramos
(Natural de Laraño y Vecino de Conxo)

falleció en en el día de a los 81 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Dolores Ferreiro Iglesias

Hijos Jorge y Jesús Vázquez Ferreiro

Hijos políticos Teresa Martínez Quintáns y Fatima Otero Lourido

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Olivia y Pepita Vázquez Ramos

Hermanos políticos Si

Valeria y Jorge

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos Si Primos Si

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 33161457B

APELLIDOS / APELIDOS
VAZQUEZ
RAMOS
NOMBRE / NOME
PLACIDO
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
10 03 1945
NUM SOPORT
BFS164612 VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

[Signature]

767808

DOMICILIO / DOMICILIO

RUA. BENEFICA CONXO 54 P02/
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / MARIA

IDESPBFS164612633161457B<<<<<<<
4503107M9901018ESP<<<<<<<<<<<<5
VAZQUEZ<RAMOS<<PLACIDO<<<<<<<<<

ES REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

448055270

DNI 44805527D

APELLIDOS / APELIDOS
VAZQUEZ
FERREIRO

NOMBRE / NOME
JORGE

SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP NACIMIENTO / NACEMENTO
23 07 1975

EMISIÓN / EMISIÓN
06 11 2025 VALIDEZ / VALIDEZ
06 11 2035

NUM SOPORTE
CLS127416

[Signature]

589376

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO

TSIA. DE LA FERIA 19. P02/B
PADRON
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



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

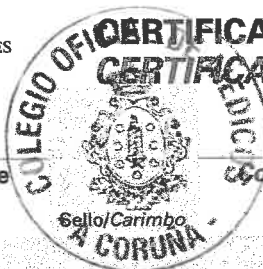
HIJO/A DE / FILLO/A DE
PLACIDO / DOLORES

IDESPCLS127416244805527D<<<<<<<
7507232M3511060ESP<<<<<<<<<<<<8
VAZQUEZ<FERREIRO<<JORGE<<<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105968429

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ADELA MARIA WELZ
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en A CORUÑA, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15133454

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: PLACIDO
Nome do falecido/a: PLACIDO
1º Apellido del fallecido/a: RAZQUEZ
1er Apellido do falecido/a: RAZQUEZ
2º Apellido del fallecido/a: RAMOS
2º Apellido do falecido/a: RAMOSFecha de nacimiento Día 10 Mes 03 Año 1995
Data de nacemento Día 10 Mes 03 Ano 1995Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33161457-B
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número: Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 15:05 Día 20 Mes 05 Año 2026
Hora e data da defunción Hora : minutos 15:05 Día 20 Mes 05 Ano 2026¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
FALLO MULTIORGÁNICO
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b)

Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses Años(c)

Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) NEUMONÍA NOSOCLONIAL

Debido a/Debido aHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 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 Ano 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 Sancho, a 20 de Maio 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 0 0 0 0
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 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 0 0 0 0
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

Horas 1 0 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 1 0 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.

Instrucciones 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 transcorrido 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.

Exemplo:

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 0 0 0 0
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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 0 0 0 0
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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 1 0 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: Diabete

Horas 1 0 Días Meses Años

Otras recomendaciones

- 1.Empegar 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.

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: PLÁCIDO VÁZQUEZ RAMOS			Nacionalidad: ESPAÑOLA
Dni/NIE/Pasaporte: 33161457B	Sexo: HOMBRE	Edad: 81	Fecha nacimiento: 10 DE MARZO DE 1945
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 20 DE MAYO DE 2026 – 15:05 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE SANTIAGO			
Causa fallecimiento: NATURAL – NEUMONIA NOSOLOMIAL			
Destino final: CEMENTERIO DE SAN MARTÍN DE LARAÑO - SANTIAGO (A CORUÑA)			

Siendo las 18:15 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☐ Refrigeración
- ☐ Conservación transitoria: ☐ 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 20 de mayo de 2026

El profesional que realiza la técnica

DAVID DOMINGUEZ REY
33293470G
TANATOPRACTOR
12/1700003550/SANP0108

David Domínguez Rey
33293470G

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

**Funeraria Tanatorio**
Apóstol Santiago S.L.
CIF: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela
☎ 24 HORAS. 981 55 02 45

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 **21 de mayo** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **PLÁCIDO VÁZQUEZ RAMOS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33161457B** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **20 DE MAYO DE 2026** a las horas **15:05** 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.



