

FALLECIDO: Nombre JOSÉ RODRIGUEZ VILAS D.N.I. Nº 33194113-F
id. de los padres MANUEL / ROSINDA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 1 DE ENERO DE 1950
Profesión Estado CASADO Domicilio Vilamaior, 22
LAVACOLLA - SANTIAGO.

Fallecimiento: Fecha: 05:00 horas del día 30 de Julio de 2026
Domicilio HOSPITAL DE CONVO
Cementerio LAVACOLLA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre
LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. CONCEPCIÓN LEBORÁN COSTA (ESPOSA) D.N.I. 33811987-D
domiciliado en EL MISTO

D/ña. JOSÉ RODRIGUEZ VILAS ~~L SEÑOR~~ (Hubido de Paradeiro O Targueiro
(Vecino de Vilamaior - Lavacolla - Santiago)
falleció en en el día de 30/7/2026 a los 76 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a CONCEPCIÓN LEBORÁN COSTA
Hijos ROSA MARÍA Y DIANA RODRIGUEZ LEBORÁN;
Hijos políticos VÍCTOR RODRIGUEZ RIVADAS Y ÓSCAR MARTÍNEZ OVERA
Padres NIETOS: SERGIO Y ANXO;
Abuelos
Padres políticos
Hermanos MERCEDES Y SUSO RODRIGUEZ VILAS;
Hermanos políticos SI

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos SI Primos SI
y demás familia.- Conducción
Funerales
en la iglesia de
CASA MORTUORIA:
(SI / NO) SE RECIBE DUELO NO

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

NO

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APR 1998 / APR 1997

RODRIGUEZ

VILAS

VILAS
HOMER / HOME

JOSE

0000
0000000

11

NACIONALIDAD / NATIONALITY

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

01 01 1950

854-855

FALLOUT 77ADJUT

BHU165838 20 08 2028

DNI 33194113F

907584

CONCILIO / CONCILIO

LGAR. LABACOLLA 22



LA 22
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

Call 1-800-577-1425



1. NAME OF NACBEMENTO / LUGAR DE NACBEMENTO

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

THEORY OF THE FLOW OF

MANUEL / ROSINDA

IDESPBHU165838133194113F<<<<<<
5001013M2808200ESP<<<<<<<<<<D
RODRIGUEZ<VILAS<<JOSE<<<<<<<<<<

 **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

 **DNI 33811987D**



APELLIDOS / APELLIDOS
LEBORAN COSTA

NOMBRE / NAME
CONCEPCION

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
F ESP 09 01 1952

EXPIRATION / EXPIRATION VALIDITY / VALIDEZ
08 09 2023 01 01 9999

DATA SUPPORT
CGD123452

 **121856**

NATIONAL IDENTITY CARD DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

 **157711601**



DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. VILLAMAYOR LABACOLLA 22
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

FECHA DE FALLECIMIENTO / FECHA DE FALLECIMIENTO
JESUS / JOSEFA

IDESPCGD123452633811987D<<<<<<
5201097F9901018ESP<<<<<<<<<<<<3
LEBORAN<COSTA<<CONCEPCION<<<<<<

105791615

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de Colegio de

Sello Carimbo

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 CORONA

con el número
co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514520

1ª colegiación
1ª colexiación

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

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo
Lugar de traballo

Otro lugar
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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO
O ESTADIO IV

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?

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 de tráfico Si/Sí

Accidente laboral No/Non
Accidente laboral Si/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 SANTIAGO, a 30 de Julio 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 45 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 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 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 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 Días Meses Años 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 Días Meses 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 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 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 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 45 Días Meses Anos

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

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas Días Meses Años 10

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 Días Meses Años 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.



A

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 **31** de **JULIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JOSÉ RODRÍGUEZ VILAS** que se identifica con **D.N.I 33194113F** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **30 DE JULIO DE 2026** a las **05:00** 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.



