

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: JOAQUIN PAZO ESPARIS

Fecha de fallecimiento 12 - AGOSTO - 2026

Domicilio H. LONXO 318

Teléfonos: 676043116 (papa sobran) E-mail:

| CONCEPTOS                                                                                                                                                                 |                                          | Servicio prestado |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|
| Arca modelo C-O                                                                                                                                                           | Medida                                   | 1034              |
| Capilla ardiente TOURAL                                                                                                                                                   | Sala Prep. Si Libro NO                   | 87467 55          |
| Gestión funeraria SI                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Tramitación UUW | 177               |
| Carroza traslado Hospital - complejo                                                                                                                                      |                                          | 109               |
| JUEVES 12 <sup>00</sup>                                                                                                                                                   | CARRERO 2 (SALADO)                       | 210               |
| Prensa                                                                                                                                                                    |                                          |                   |
| Radio                                                                                                                                                                     |                                          |                   |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas                                                                                                                                         |                                          |                   |
| Ómnibus acompañamiento                                                                                                                                                    |                                          |                   |
| Turismo id.                                                                                                                                                               |                                          |                   |
| Certificado médico X Si                                                                                                                                                   | Registro Civil: X SI                     | 3                 |
| Carroza al cementerio                                                                                                                                                     | Personal                                 | 116 200           |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                                                                                                        | CENTROS DOINCO SEP 6844 X 116            |                   |
| Iglesia                                                                                                                                                                   | VIERNES 10h.                             |                   |
| Incineración SI                                                                                                                                                           | Urna:                                    | 360               |
| Presencian <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                        | Destino                                  | 9340              |
| Cantores                                                                                                                                                                  | Funeral: NO                              |                   |
| Flores                                                                                                                                                                    | CENTRO E.L.B. (24 RB) - TOURAL           | 95                |
|                                                                                                                                                                           | CENTRO 24 RB - TU HIA                    | 95                |
|                                                                                                                                                                           | CENTRO C.L.B. - FAMILIA PAZO             | 161               |
|                                                                                                                                                                           | ESPARIS                                  | 146               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubredifuntos <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input type="checkbox"/> Rosario |                                          | 3550              |
|                                                                                                                                                                           |                                          | 7530              |

ST- 415  
SC- 248  
MERCADO  
9700

FALLECIDO: Nombre JOAQUIN PAZO ESPARIS D.N.I. Nº 33257893P  
id. de los padres JOAQUIN y ESPERANZA  
Naturaleza DUMBRÍA - MITA Provincia A CORUÑA  
Día, mes y año de nacimiento 26 - SEPT - 1963  
Profesión ..... Estado CASADO Domicilio PITE 49 - TEO

Fallecimiento: Fecha: 10:13 horas del día 12 de AGOSTO de 2026  
Domicilio H. CONXO  
Cementerio INC. COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º STGO

Cónyuge: ..... Nombre .....

LIBRO DE FAMILIA ..... Tomo .....; Página .....

DECLARANTE D. .... ( ..... ) D.N.I. ....

domiciliado en .....

L SEÑOR

D/ña. ....

falleció en ..... en el día de ..... a los ..... años

confortado con los Auxilios Espirituales .....

Su esposo/a L

Hijos .....

Hijos políticos SU ESPOSA Y

Padres ~~DE~~ FAMILIA

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

CORROBO: COMUNICA SU FALLECIMIENTO,

EL CADÁVER FUE INCENSURADO EN LA FAMILIA.





OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIADA  
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de

Colegio de

105958693

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A  
CLASE 3ª SERIE AD./Dña.  
D. Dña.

JUAN LOPEZ AGUIRRE

Colegio actual  
Colegio actualNº de colegiados  
Nº de colegiados

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A COORDINAR

, con el número

1513509185

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

, co número

1ª colegiación  
1ª colegiacióny con ejercicio profesional en  
e con ejercicio profesional en

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:  
Nome do falecido/a:

JOAQUÍN

1º Apellido del fallecido/a:

PAZO

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

ESPAÑOL

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 26

Mes 09

Año 1963

Sexo:

Varón X

Mujer

Data de nacemento

Día 26

Mes 09

Año 1963

Sexo:

Varón X

Muller

Documento  
de identidad:

X D.N.I.

Número:

33257893-P

Documento  
de identidad:

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 : minutos

10:13

Día 12

Mes 08

Año 2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

10:13

Día 12

Mes 08

Año 2026

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular  
Domicilio particularCentro hospitalario  
Centro hospitalario XResidencia socio-sanitaria  
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo  
Lugar de traballoOtro lugar  
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) FALTO MUELTO ORGANIZADO

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) HEPATOCARCINOMA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí

No/Non X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

No/Non X

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:

Accidente de tráfico No/Non X Accidente laboral No/Non X  
Accidente de tráfico Sí/Sí Accidente laboral Sí/Sí

Fecha del mismo: Día 11

Mes 11

Año 2026

Continúa al reverso  
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

(ver instrucciones en página 2)  
(consultar instrucións na páxina 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Se ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Se ☒ 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 12 de Agosto 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 periodo 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

#### 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  
(c) Pielonefritis crónica debido a 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 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 1 0

Otras recomendaciones

Horas 1 0 Meses Años

- 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 periodo 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

#### 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  
(c) Pielonefrite crónica debido a 2

#### 4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotase 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 5

#### 5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes 1 0

Otras recomendacións

Horas 1 0 Meses Años

- 1.Emplegar 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 **12** de **AGOSTO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D<sup>a</sup> **JOAQUÍN PAZO ESPARIS** que se identifica con **D.N.I 32257893P** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **12 DE AGOSTO DE 2026** a las **10:13** 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.



