

ST-113
ST-86
ST-56

15-02-2024.

Fecha de fallecimiento.

Domicilio A Coruña

Teléfonos: 686 481836 fax: Ant Rogo Varela (800 220 220) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	blanca	Medida 170
Capilla ardiente	TOTAL \$13,300.00 Sala Prep. — Libro No. 170	
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUVU	
Carroza traslado	Carroña - Complejo Apóstol. 210	
	Documentación básica 124	
Prensa	—	
Radio	—	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—	
Ómnibus acompañamiento	—	
Turismo	id. Don RICARDO SALE AL TANATORIO	
Certificado médico	Si Registro Civil Si Coruña 3	
Carroza	Personal 127	
Ayunt.º: Sepultura	RELICARIO BANIANO → 68- JUNIVERA MIDNIGHT → 97-	
Iglesia	— (13 ³⁰)	
Incineración	Si Urna: 345	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	Funeral: Don RICARDO (FANTASMAS)	
Flores	RAMILLETE DE PANICUMATA Y MARGARITAS 0.50'00	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		34'40

MARGARITAS - ROSAS - LILYUM - PANDOLATA -



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO

A presente certificación literal expédiuse coa autorización prevista no art. 81 da Lei do Rexistro Civil e contén o teor literal do/s asento/s solicitado/s que se transcriben nos seguintes parágrafos, segundo resulta/n dos datos que constan no rexistro individual da persoa que figura en dito/s asento/s. Declárase que a presente certificación só dá fe das circunstancias que indica a Lei 20/2011 para cada feito ou acto que se comprende no asento ou asentos aos cales esta se refire a mesma (artigos 44.2, 59.5, 62.1 da Lei 20/2011, do 21 de xullo, do Rexistro Civil).

ASENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE NACIMIENTO

Nº Asento: **1707208006145**

Data Inscripción Rexistro Electrónico de Seguridade: **06/02/2024 09:26**

Código persoal do rexistro individual do inscrito: **3LPYRHREG00060318088J**

(3-3) DATOS DE IDENTIDADE DO/DA INSCRITO/A. (8-3) Nome: **XOAQUÍN** (7-3) Primeiro apelido: **TINY** (7-3) Segundo apelido: **REGOS** Sexo: (3-4-1) **HOME** (9-4-4) Hora de nacemento: **14:56** (9-7-3) Data de nacemento: **02/02/2024** (2-4-3) Lugar: **COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA, CORUÑA, A** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DO PROXENITOR A.- (8-1) Nome: **OSVALDE** (7-1) Apelidos: **TINY D'ASSUNÇÃO DA GLÓRIA ESTEVES** Sexo: (3-4-1) **HOME** (8-1) Fillo/a **MANUEL** (8-2) e de **JESUÍNA MARIA**, (2-4-1) nacido/a en **CONCEIÇÃO** (2-1-1) País: **SANTO TOME Y PRÍNCIPE**. (9-7-1) Data: **28/08/1981** (4-1) Estado: **SOLTEIRO/A** (6-1-1) Nacionalidade: **PORTUGAL** Tipo de documento de identidade: **NON ACREDITADO** e **TIE (TARX. RES)** número: **Y6472827C** número de soporte/tarxeta: **4605971**. (2-1-2) Domicilio: **RUA CASTILLO Núm. 0032 Piso: P01** (2-1-3-2) Localidade: **ADEJE** (2-1-1-3) Provincia: **SANTA CRUZ DE TENERIFE** (2-1-1) País: **ESPAÑA** Código Postal: **38670**.

DATOS DO PROXENITOR B.- (8-1) Nome: **XOANA** (7-1) Apelidos: **REGOS SANZ** Sexo: (3-4-2) **MULLER** (8-1) Fillo/a **XOSÉ ANTÓN** (8-2) e de **CARIDADE ERMELINDA**, (2-4-1) nacido/a en **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**. (9-7-1) Data: **08/04/1987** (4-1) Estado: **SOLTEIRO/A** (6-1-1) Nacionalidade: **ESPAÑA** Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **45874377A**. (2-1-2) Domicilio: **RUA CASTILLO Núm. 0032 Piso: P01** (2-1-3-2) Localidade: **ADEJE** (2-1-1-3) Provincia: **SANTA CRUZ DE TENERIFE** (2-1-1) País: **ESPAÑA** Código Postal: **38670**.

TIPO DE PARTO: **SINXELO**.

MATRIMONIO DOS PROXENITORES: **NON EXISTE**.

A inscrición practícase en virtude de: **DECLARACIÓN** realizada por D/Dª. **XOANA REGOS SANZ** con Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **45874377A**. Segundo consta no expediente **20240205/004493** deste Rexistro Civil.

DATOS DO ASINANTE:

Nome e apelidos: **MARIA MERCEDES SANTOS GARCIA**

En calidade de: **ENCARGADO**

Data de sinatura: **06/02/2024 09:26**

E para que conste e produza os efectos oportunos, emítese o presente certificado literal do Rexistro Civil.

DATA E HORA DO DOCUMENTO
06/02/2024 10:21

ENDEREZO DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

ASINADO ELECTRONICAMENTE POR
Dirección Xeral de Seguridade Xurídica e Fe Pública



RG:txVt-q&3W-V38Y-HK2E

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

VIG3JOKJOF

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Sello/Carmbo

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105008201

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. RAQUEL DIAZ SOTO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

A CORUÑA

con el número

Colegio actual
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15 09678

1ª colegiación
1ª colexiacióny con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A CORUÑA

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

YOAGUIN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

TINY

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

REGOS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 02

Mes 02

Año 2024

Sexo:

Varón X

Mujer

Documento
de identidad:☐ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

16:37

Día 15

Mes 02

Año 2024

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

A CORUÑA

Domicilio particular

Centro hospitalario X

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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CARDIOPATÍA CONGENITA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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

Sí/Si No/Non X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Si X 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 X
Accidente de tráfico Si/Si
Accidente laboral No/Non X
Accidente laboral Si/SiFecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes AnoContinúa al reverso
Continúa ao reverso



MINISTERIO
DE JUSTICIA



OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE A CORUÑA

Calle Emilia Pardo Bazán n.º 24

15005 A Coruña

e-mail: registrocivil.acoruna@justicia.es

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dña. XOAQUIN TINY REGOS con DNI/NIE núm. NO CONSTA ocurrida en A Coruña, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 15 de FEBRERO del 2024 a las 16:37 horas; **SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver** de la persona reseñada, **una vez transcurran doce horas desde la hora del fallecimiento.**

En A Coruña, a 16 de FEBRERO del 2024.

LA ENCARGADA
Maria Mercedes Santos García

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
16/02/2024 14:07

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:Pf5f-rx&E-n2XB-YuEc