

OTROS CONCEPTOS

5.18.13 TPV
 MONA (40 R. B. B.)
 ENERO (1.11.2) PAGADO DE MONTA
 MONA 40 R. B. B. PAGADO DE MONTA
 MONA 40 R. B. B. PAGADO DE MONTA
 MONA 40 R. B. B. PAGADO DE MONTA

FALLECIDO: Jose Requero Saez
 Fecha de fallecimiento: 2-October-2024
 Domicilio: H. Canico - Urgencias
 Teléfonos: 639 859 551 - Terrenal hijo E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 199
Capilla ardiente	Colo-2	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Hospital - Tanatorio	
Prensa	Si	
Radio	Si	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Si	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. Berger en Iglesia de Villadaria -	
Certificado médico	Si	Registro Civil: Santiago
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura	Cacheras	Patonato Cacheras
Iglesia	San Simón de Ons	Patonato Colo
Incineración		Urna: X Camperero → 60
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	Si Suso Luon	Funeral: X Joseph
Flores	1 Colono 40 Rosas Rojas "Tos hips e hips de la"	X 40 (8279)
	1 Colono 40 Rosas Blancas "Tos nites"	
	ESQUELERA SEGURO	

☒ Sudario ☐ Cubrefúnebres ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

Piedad de Diego Requero Requero (Sepultura)

Yana Esther Requero Blanco 6 Septiembre 2020

FALLECIDO: Nombre José Regueira Suarez D.N.I. Nº 33071054-K
id. de los padres Benigno y Maria
Naturaleza Teo Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 19-Marzo-1936
Profesión _____ Estado Viuvo Domicilio Calle Monte Cacheras
Nº 35 - Teo

Fallecimiento: Fecha: 16:00 horas del día 2 de octubre de 2024
Domicilio Hospital Clinica - Urgencias
Cementerio Cacheras Ayunt.º Teo

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

EL SEÑOR

D/ña. José Regueira Suarez
(Viuda de Esther Regueira Blanco) (Vieira de Cacheras - Teo)

falleció en _____ en el día de 2-octubre-2024 a los 88 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Maria Teresa y Diego Regueira Regueira

Hijos políticos Manuel Fuentes Baras

Padres _____

Abuelos Nietos: Esteban, Estela Fuentes Regueira

Padres políticos _____

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

Nietos Si Bisnietos No Tios No 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



350/1054-K

33071054-K

IDESP33071054K9<<<<<<<<<<<<<
3603192M9901018ESP<<<<<<<<<O
REGUEIRO<SUAREZ<<JOSE<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELLIDOS
REGUEIRO
REGUEIRO

NOMBRE / NOME
MARIA TERESA

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
F **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
03 04 1964

NUM BOBORT **VALIDEZ / VALIDEZ**
BIK158130 **07 11 2028**

M^a Teresa Regueiro

DNI **33260629F** **296768**

DOMICILIO / DOMICILIO
C. AGRO DA MAGDALENA 8 2 P02/D
MILLADOIRO
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
TEO
A CORUÑA

HUO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / ESTHER

IDESPBIK158130733260629F<<<<<<
6404035F2811073ESP<<<<<<<<<<<8
REGUEIRO<REQUEIJO<<MARIA<TERES

SOLICITANTE (hija)

<https://certificados.cgcom.es>

ID02XLS1AF

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

104930451

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARCOS LEBRERO ALVAREZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual

Colegio actual

Nº de colegiado/a

Nº de colexiado/a

151511752

1ª colegiación

1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSE

1º Apellido del fallecido/a:

REGUEIRO

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

SUAREZ

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33071054-K

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia 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
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SEPSIS RESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(e)

Horas

Días

Meses

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas

Días

Meses

Años

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

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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
Accidente de tráfico

No/Non

Sí/Si

Accidente laboral

No/Non

Sí/Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

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 2 de octubre de 2024

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 ☐ ☐ 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 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

II

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 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) Hemorraxia cerebral debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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. Anótase 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ REGUEIRO SUÁREZ, con documento identificativo DNI, 33071054K según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 02 DE OCTUBRE DE 2024 a las 16:00 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 03 DE OCTUBRE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
03/10/2024 11:02

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:n9Dt-v\$b9-z3by-x\$Fz

