OTROS CONCEPTOS

PAGADO

"CENTRO FU Mod 1 TUS CONSUEGROS" efectivo

Centro Mod 0 PAGADO teu fillo TPV

RUTA AUTOBUS : LARAÑO → AMAÑECIDA, A IGREXA, CASAL A MONIÑA, COSTOYA, PARDIÑAS, LARANIÑO, PAREDES COMPLEJO

WEB SF 807 SF 572 SC-388

FALLECIDO: DANIEL REGUEIRO RAÑA

Fecha de fallecimiento 29 DE NOVIEMBRE DE 2024

Domicilio RÚA SUNLLA, 28 - LARAÑO

Teléfonos: 625166216 JESÚS E-mail:

ALIANZA D2422860

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo 0 — Medida 1,90	
Capilla ardiente TOURAL — Sala Prep. SÍ — Libro SÍ	
Gestión funeraria SÍ — ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado HOSPITAL AL COMPLEJO	
Prensa: CORREO MOD 2 SABADO (SABADO 18:30)	
Radio: RADIO VIERNES	
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~ 100	
Ómnibus acompañamiento 1 As Lías Fco Costa	-ALIANZA-
Turismo 1 id. Recoger en casa CONXO, D. Francisco -	
Certificado médico SÍ — Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza — Personal	
Ayunt.º: Sepultura BOISACA - CINERARIO 1424 Lápida	
Iglesia CAPILLA COMPLEJO	
Incineración SÍ 19 hrs. — Urna: SÍ	
Presencian ☐ SI ☐ NO — Destino	
Cantores NO — Funeral: D. Francisco, Laraño.	
Flores: CORONA R. ROJAS : TU HIJO / CORONA R. BLANCAS : TU HIJA POLITICA / CENTRO FU BLANCAS : TUS NIETOS	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento (VESTIR) ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre DANIEL REGUEIRO RAÑA D.N.I. Nº 33158855-P

id. de los padres JOSÉ Y MANUELA

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 16 DE MARZO DE 1939

Profesión Estado VIUDO Domicilio

RÚA SUNLLA, 28 - LARAÑO - PAREDES - SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 00:15 horas del día 29 de NOVIEMBRE de 2024

Domicilio HOSPITAL DE CONXO
SANTIAGO (A CORUÑA)

Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre BENJALINA CHICO GAGO (+16 JUNIO 2023)

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. JESÚS MARÍA REGUEIRO CHICO (HIJO)) D.N.I. 44809491-V

domiciliado en RÚA SALGUEIRIÑOS DE ABAIXO, 20-3ºA - SANTIAGO (A CORUÑA)

L SEÑOR

D/ña. DANIEL REGUEIRO RAÑA
(VIUDO DE BENJALINA CHICO GAGO)

falleció en (VECINO DE PAREDES - LARAÑO - SANTIAGO en el día de 29/11/2024 a los 85 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su ~~esposo~~/a

Hijos JESÚS MARÍA REGUEIRO CHICO

Hijos políticos SILVIA CARRO GARABAL

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos MARÍA (+), CONSUELO (+), JOSÉ (+), MANUEL (+), ANTONIO (+)
ESPERANZA (+) Y CARMEN REGUEIRO RAÑA

Hermanos políticos SI

Nietos ISMAEL Y DANIEL Bisnietos Tios Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción

Funerales

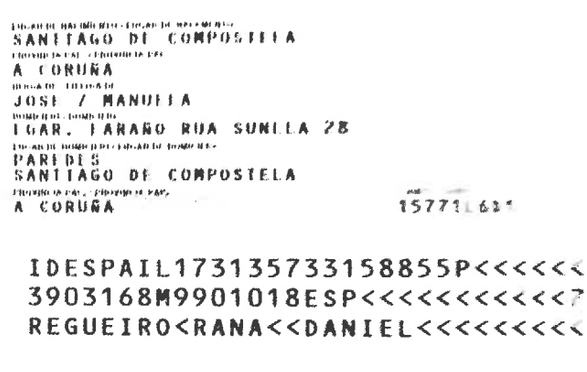
en la iglesia de COMPLEJO APÓSTOL

CASA MORTUORIA: SALA TOURAL

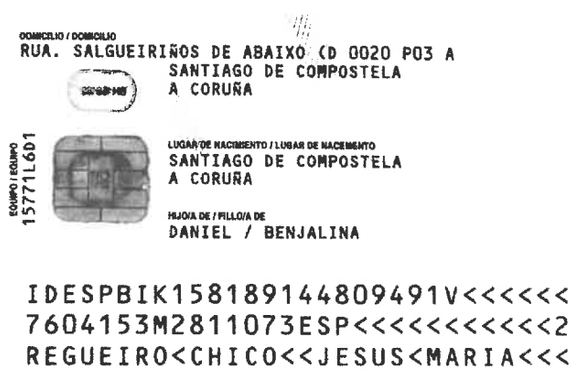
(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

INCINERACIÓN



FALLECIDO



SOLICITANTE (HIJO)

OMC — ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* ____ Sello/*Carimbo*

10546 7908
Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.*

D./Dña. / *D. / Dna.* Ainoa Fauego Luna

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A Coruña, con el número / *co número* 151514008 (Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*; 1ª colegiación / *1ª colexiación*)

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Santiago de Compostela

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / *Nome do falecido/a:*	DANIEL
1er Apellido del fallecido/a: / *1er Apelido do falecido/a:*	REGUEIRO
2º Apellido del fallecido/a: / *2º Apelido do falecido/a:*	RAÑA

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento*: Día / *Día* 16 Mes / *Mes* 03 Año / *Ano* 1939 — Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* [X] Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* Número: / *Número:* 33158855-P
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* Número: / *Número:*
- [ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / *Hora e data da defunción*: Hora : minutos / *Hora : minutos* 00:15 Día / *Día* 29 Mes / *Mes* 11 Año / *Ano* 2024

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* [ ] Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [X] 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 aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

	Causa	Horas / *Horas*	Días / *Días*	Meses / *Meses*	Años / *Anos*
I. Causa inmediata[2] / *Causa inmediata*[2] (a)	FALLO MULTIÓRGANICO				
Debido a / *Debido a* — Causas intermedias[3] / *Causas intermedias*[3] (b)					
Debido a / *Debido a* (c)					
Debido a / *Debido a* — Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental*[4] (d)	ENCEFALOPATIA HEPATICA				
II. Otros procesos[5] / *Outros procesos*[5]					

¿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* [ ] 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 / *Accidente de tráfico* No/*Non* [X] Sí/*Si* [ ] — Accidente laboral / *Accidente laboral* No/*Non* [X] Sí/*Si* [ ] — Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* __ Mes / *Mes* __ Año / *Ano* ____

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☐

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 *En* Santiago, a *, a* 29 de *de* Noviembre de *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 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

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.

Instrucións 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 excluíntes, 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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 5

Outras recomendacións

1. *Empregar 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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de DANIEL REGUEIRO RAÑA , con documento identificativo DNI, 33158855P según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 29 DE NOVIEMBRE DE 2024 a las 00:15 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 29 DE NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
29/11/2024 13:16	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO

RG:Sne5-J2fv-SW6Z-Kgs7