

OTROS CONCEPTOS

Centro mod 1: ~~Campo~~ Decoraciones Rodriguez. Fla (773)
decoraciones Rodriguez sma. P. 10m.

PAGADO
tro Colgar ~~Fluor~~ **LEYENDA CEDEIRA TPU 556**

FALLECIDO: Encarnación Figueiras Fernández ST-92
Fecha de fallecimiento 22-4-2025
Domicilio 4 Coura - Stop
Teléfonos: 619054865 (Jose) E-mail: jrequerjoe@hotmail.com

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'90		799
Capilla ardiente Montouto, 3	Sala Prep. Si	Libro Si	556
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV		
Carroza traslado Hospital - Montouto			
Prensa Carro n° 2			210
Radio Micro 1 vet			114'80
Recordatorios fúnebres / tarjetas Si			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo id.			
Certificado médico Si	Registro Civil: Stop		
Carroza 2 Blancas	Personal		
Ayunt.º: Sepultura			
Iglesia Cacheiras			
Incineración	Urna: Xampora		60
Presencia Si	☐ SI ☐ NO	Destino	72
Cantores Si X 550	Funeral: Xacarias		140 (102170)
Flóres	Carro P.R.: Tu Esposo		286
	Carro R.B.: Tu hijo y hijo p.d.		
	Cat. 18 R.B.: Tus nietos (Lo cambian por radio)		80

☒ Sudario ☒ Cubrefunfos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

chs vacío
sever a lo meñanc (17.00h)
tio y centro.

FALLECIDO: Nombre Encarnación Figueiras Fernández D.N.I. N° 33144308C
id. de los padres Pedro Antonio y Rosa
Naturaleza Muor Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 3 / 12 / 1938
Profesión _____ Estado Casado Domicilio C/Boa, 21 - Montouto - Teo
CACHEIRAS

Fallecimiento: Fecha: 23:45 horas del día 22 de 4 de 20 25
Domicilio H. Couxo - Stgo
Cementerio Cacheiras Ayunt.º Teo

Cónyuge: Nombre Dionisio Regueijo Blanco

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Rosa Maria Regueijo Figueiras (_____) D.N.I. 33265156A
domiciliado en R/ Sandino, 60 - Stgo

D/ña. Encarnación Figueiras Fernández LA SEÑOR D
(Vecino de Montouto - Teo)

falleció en _____ en el día de _____ a los 86 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Dionisio Regueijo Blanco
Hijos Rosa Maria y Jose Regueijo Figueiras

Hijos políticos Francisco Aldrey Otero y M. Emi Leyenda Cedeira

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos —

Hermanos políticos Si
Rebeca y Francisco Javier Aldrey Regueijo

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ 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



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ENCARNACIÓN FIGUEIRAS FERNÁNDEZ , con documento identificativo DNI, 33144308C según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 22 DE ABRIL DE 2025 a las 23:45 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 23 DE ABRIL DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
23/04/2025 12:16

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:uHuz-BZwq-\$&7G-qUvk

OMC

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

105529526

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.

JOSÉ MANUEL ABUELO REY

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 CORUÑA

Colegio de

Sello/Catmbo

, con el número
, co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

151514292

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ENCARNACION

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

FIGUEIRAS

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

FERNANDEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 03

Mes 12

Año 1938

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

33144308-C

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 23:45

Día 22

Día 22

Mes 04

Mes 04

Año 2025

Año 2025

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular ☐Centro hospitalario ☒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) FRACASO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA AGUDIZADA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐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 22 de ABRIL de 2025

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02
(c) Pielonefritis crónica debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotar **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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 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 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 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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 00

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02
(c) Pielonefrite crónica debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 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 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

Otras 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.

 		REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD			
33144308C		DNI 33144308C		(DNI 195658)	
APELLIDOS / APELLIDOS FIGUEIRAS FERNANDEZ					
COGNOME / NOME ENCARNACION					
SEXO / SEXO F		NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP		NACIMIENTO / NACIMENTO 03 12 1938	
EMISIÓN / EMISSÃO 28 11 2022		VALIDEZ / VALIDADE 01 01 9999			
NÚM. SUPLENTE CDV195658				764288	
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE					

DOMICILIO / DOMICILIO
C. POBOA 21
TEO
A CORUÑA



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
MUROS
A CORUÑA

[illegible]

ESPAÑA  **DOCUMENTO ORIGINAL DE IDENTIDAD**



APellidos / Apellidos
**REQUEIJO
FIGUEIRAS**

Nombre / Nome
ROSA MARIA

Sexo / Sexo Nacionalidad / Nacionalidade
F ESP

Fecha de nacimiento / Data de Nascimento
13 07 1964

Núm. Pasaporte Validez / Validade
BKL185184 05 09 2029



DNI 33265156A **651968**

COMUNICADO / BOLETIN
RUA. SANDINO 60
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA



LOGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

IDESPBL185184933265156A<<<<<
6407139F2909059ESP<<<<<<<<<9
REQUEIJO<FIGUEIRAS<<ROSA<MARIA

