

OTROS CONCEPTOS

ENTERO (18 R. BRUNCO) **PAGADO** • ST-187300
CPV
LGG 6426 1513 8869 09126 655978309

ELISEO LISTE
LADO. X

PROPIEDAD N20 - OESTE NORTE
NOMBRE DE DOMITILA LISTE LADO

FALLECIDO: RAÚL GARABAL BARREIRO
Fecha de fallecimiento 9- ABRIL - 2025
Domicilio H. CLÍNICO - SANTIAGO
Teléfonos: 676 698 659 (Fines) E-mail: teresaibelle@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Redback	Medida C-1
Capilla ardiente	X T. CAJO 21	Sala Prep. Libro X Si
Gestión funeraria	Si	X Tramitación UUV
Carroza traslado	X HOSPITAL- TANATORIO	
Prensa	X CORREO N° 3 (Fines)	
Radio	NO	Derechos planch
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X 100	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	id. Reg. sacerdote en Iglesia	
Certificado médico	X Si	Registro Civil: X SANTIAGO
Carroza	X Si (1)	Personal Si
Ayunt.º: Sepultura	X ROTO (Restos)	130'00
Iglesia	X SAN JUAN DE CAJO	
Incineración	Urna: X AREL BARROS	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino X CAMPANEDO → 60'00
Cantores	X ELIS LUVU	Funeral: X ROSETH
	X CAROLINA ROSAS ROSAS	X TU ESPOSA
	X CAROLINA ROSAS ROSAS	X TUS HIJAS
	X CENTRO 18 ROSAS ROSAS	X SIN CINTA
	X CENICOM CAJA	
	ESQUELAS: X IGLESIA - CENTINELLO	

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario
~~X~~ ESQUELA C/ HORREO (FAMILIA)

ENTREGADOS LITERALES EL DIA DEL ENTIERRO.

ST-187300
ST-187300
ST-187300

FALLECIDO: Nombre RAÚL GARABAL BARREIRO D.N.I. N° 33114519Q
id. de los padres JOSÉ Y MARÍA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 19- NOVIEMBRE - 1940
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio c/HÓNEO, 87-1-E
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 12^o horas del día 9 de ABRIL de 2025
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. MARÍA TERESA GARABAL LISTE (HIJA) D.N.I. 44823437W
domiciliado en EL MISTO

D/ña. RAÚL GARABAL BARREIRO L SEÑOR "Muelles Reul"

falleció en (Vecino de c/Hóneo, 87- Stgo) en el día de 9/4/2025 a los 84 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a DOÑITILA LISTE LADO;

Hijos MARÍA TERESA Y MARÍA ISABEL GARABAL LISTE;

Hijos políticos —

Padres —

Abuelos —

Padres políticos —

Hermanos —

Hermanos políticos SI

Nietos — Bisnietos — Tíos — 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

NO



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105528855

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D./Dña.

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

con el número

co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151514228

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

RAUL

GARABAL

BARREIRO

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 19

Día 19

Mes 11

Mes 11

Año 1940

Año 1940

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

33114519-Q

Documento
de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

12:00

12:00

Día 09

Día 09

Mes 04

Mes 04

Año 2025

Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / ¿En qué concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

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
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALTO MULTIORGÁNICO

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA HEPÁTICA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) NEOPLASIA CARCINOMATOSA DE

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

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

Si/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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

Si/Si

Accidente laboral

Si/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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 próteses

En Santiago, a 09 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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 ☐ ☐

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 cumprimento 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 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- 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

registrocivil
registro civil - registro civil - registro civil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de RAÚL GARABAL BARREIRO , con documento identificativo DNI, 33114519Q según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 09 DE ABRIL DE 2025 a las 12:00 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 10 DE ABRIL DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
10/04/2025 10:23

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:uB5j-bJ2p-t9FF-KRKH

