

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: DOLORES REY SANCHEZ

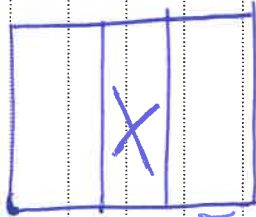
Fecha de fallecimiento 17 - JUNIO - 2025

Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - FORMARIS - ENFESTA - Santiago

Teléfonos: 657 353820 (Sexys-hijo) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-2 Padovna	Medida	1300
Capilla ardiente PRATERASAS	Sala Prep. SI Libro NO	
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado HOSPITAL CLÍNICO - COMPLEJO APÓSTOL		
Miércoles	NO	
Prensa		
19:00	Radio NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo	Id. SAE AL TANTATORIO	
Certificado médico SI	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	ENFESTA	
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO APÓSTOL	
Incineración	Urna: A-LA PARROQUIA NO PASAR NADA	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino SACRISTAN (LICENCIA Y DATOS EN CEMENTERIO)
Cantores NO	Funeral: JUANZO	Pa (105844)
Flóres	CORONA (HOR. R.): TUS ESPOSOS	
	CORONA (HOR. BL.): TUS HIJOS	
	CENERO (HOR. I.): TUS NIETOS	
	oe suebo	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FAMILIA GENDRA REY



Entrando 1º Calle a la Derecha
Pantheon a Mano Izquierda, no Gula Mitad

FALLECIDO: Nombre DOLORES REY SÁNCHEZ D.N.I. Nº 33194428 T
id. de los padres BENITO / AURORA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 09 - 02 - 1946
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio FORMARÍS, 36 - ENFESTA
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 19:05 horas del día 17 de JUNIO de 20 25
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio SAN CRISTÓBAL DE ENFESTA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA FACTURA A NOMBRE DEL ESPOSO Tomo ↓ ; Página _____
DECLARANTE D. JESÚS GENDRA CAROLLO (ESPOSO) D.N.I. 331594585
domiciliado en FORMARÍS, 36 - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña. DOLORES REY SÁNCHEZ

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

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres Su familia.

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APellidos / APELLIDOS
REY
SANCHEZ
Nombre / NOME
DOLORES
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
09 02 1946
NUM SOPORTE
988186170 VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

880 186 170



831040

DNI 33194428T

DOMICILIO / DOMICILI
LGAR. SIONLLA FORMARIS 36
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

FECHA DE / FECHA DE
BENITO / AURORA

IDESPBBB186170633194428T<<<<<<
4602099F9901018ESP<<<<<<<<<<<<1
REY<SANCHEZ<<DOLORES<<<<<<<<<<<<

ES REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
33296998J DNI 33296998J

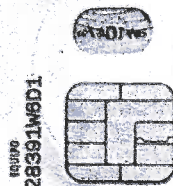


APellidos
GENDRA
REY
Nombre
JESUS MANUEL
SEXO
M
NACIONALIDAD
ESP
FECHA DE NACIMIENTO
04 04 1973
ENTRADA
25 03 2022 VALIDEZ
25 03 2032
NUM SOPORTE
CBY104790

400832

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL IDENTIDAD

DOMICILIO
AVDA. NIZA 38 006 B
MADRID
MADRID



LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

FECHA DE
JESUS / DOLORES

IDESPCBY104790833296998J<<<<<<
7304040M3203259ESP<<<<<<<<<<<<6
GENDRA<REY<<JESUS<MANUEL<<<<<<<<<<<<

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
GENDRA

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
CAROLLO

NOMBRE / NOME
JESUS

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
12 05 1944

IDESP
ARE162727

VALIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

GCJ

DNI NÚM.
33159458J

Gendra



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MIGUEL / ESTHER

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. FORMARIS 36

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPARE162727433159458J<<<<<<
4405120M9901018ESP<<<<<<<<<<<9
GENDRA<CAROLLO<<JESUS<<<<<<<<<

Esposo



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105614031

Colegio de

Sello/Carimbo

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. EVA M^o SABORIDO PAZ licenciada
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151508898

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: DOLORES
Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a: REY
1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a: SANCHEZ
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 02 Año 1946 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento: Día Mes Ano Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33194428-T
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:

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

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

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 19:05 Día 17 Mes 06 Año 2025
Hora e data da defunción: Hora : minutos Día Mes Ano

¿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 ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de traballo Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) HEPATOMEGALIA AGUDA
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) PERFORACION ESOFAGICA IATROGENICA
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/Sí ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐

Fecha del mismo: Día 17 Mes 06 Año 2025
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?/Possibilidade de incineração

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En Sanhago, a 17 de Junio de 2025
En _____, a _____ de _____ de _____

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa imediata** 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 transcorrido 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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. 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 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete 1 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de DOLORES REY SÁNCHEZ
, con documento identificativo DNI, 33194428T según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 17 de junio DE 2025
a las 19:05 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 18 de junio de 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
18/06/2025 10:17

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:7njw-&wms-eDue-pUZ5

