

FALLECIDO: Nombre JOSEFA VIDAL VIDAL D.N.I. Nº 33178325-C
id. de los padres JOSE Y CARMEN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 27- FEBRERO - 1940
Profesión Estado VIUDA Domicilio OUTEIRO DO CASTIÑEIRIÑO
Nº 63 - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 12:00 horas del día 25 de SEPTIEMBRE de 2025
Domicilio OUTEIRO DO CASTIÑEIRIÑO Nº 63 - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. (.....) D.N.I.
domiciliado en

D/ña. JOSEFA VIDAL VIDAL LA SEÑORA LA SEÑORA JOSÉ OTERO PINTOS LO CRUGHO
falleció en OUTEIRO DO CASTIÑEIRIÑO Nº 63 - STGO. en el día de 25/9/25 a los 85 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos JOSÉ RAHÓN OTERO VIDAL

Hijos políticos NO

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos RAHÓN (+), EVARISTO (+), MARIA (+) Y CARMEN VIDAL VIDAL

Hermanos políticos SI

Nietos JAVIER Y RAUL OTERO MONTERO Bisnietos NO Tíos NO Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105716009

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ANA TERESA MAQUET ALONSO
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirugía, 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

151512480
1ª colexiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

[illegible]

Fecha de nacimiento **Día** **Mes** **Año** **Sexo:** Varón ☐ Mujer ☒
Data de naixement *Dia* *Mes* *Ano* *Sexo:* Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33178325-C
 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 12:00 Día 25 Mes 09 Año 2025
 Hora e data da defunción Hora : minutos 12:00 Día 25 Mes 09 Ano 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 ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabalho ☐ Outro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / **Causas de defunción** (consultar instruccions na pàgina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)	FALLO MULTAS O ANEXOS																			
																	Horas	Días	Meses	Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias:

Debido a/Debido a

[illegible]

Debido a/Debido a

[illegible]

Debido a/Debido a

[illegible]

II. Otros procesos / Outros processos

DETERIORO COGNITIVO													
										Horas	Días	Meses	Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indícios 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 defuncão ocorreu como consequência direta ou indireta de?:

Accidente de tráfico No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
 Accidente de tráfico Si/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a 26 de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a JOSEFA VIDAL VIDAL que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº 33178325C según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **25** de **09** de **2025** a las **12:00** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran DOCE horas desde la del fallecimiento.



