

OTROS CONCEPTOS

629856903
 981573947
 Jose R. Blanes - Elena Castaño y familia

FALLECIDO: Josefa Castaño Ramos
 Fecha de fallecimiento: 29- Octubre- 2025
 Domicilio: H. Celino
 Teléfonos: 649 75.03.82 (PAZ) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida
Capilla ardiente	Comunión	Sala Prep. Si Libro NO
Gestión funeraria	Si	Tramitación UUV
Carroza traslado	X H. Celino - Tanatorio	
JUEVES 12:00	Correo Nº 2	
Prensa	X hoy Miércoles	
Radio	X hoy Miércoles	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Grabación de pida (Se ha hecho)	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	A id. Recoger 11:30 Iglesia San	
Certificado médico	X Si	Registro Civil: Stgo
Carroza	Personal	
Ayunt.º Sepultura	Dep: 9599 7-2-2025 Arriba--	
Iglesia	Complejo Apóstol De tirar Capida	
Incineración	Urna: -	
Presencian	SI NO Destino	
Cantores	No	Funeral: X D. Ricardo (PAZ)
Flores	X 1 Centro Colgan (R.B) tv Higuer NUBA 0	
	X 1 Centro Colgan (R.B) tvs Nicten Nicten Político	
	X 1 Centro (18 R.B) tv Nicten Político	

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Josefa Castela Ramos D.N.I. N° 33031034K
id. de los padres Manuel / Magdalena
Naturaleza Stgo Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 19-3-1935
Profesión _____ Estado viuda Domicilio Rua das Barreiras 78-2°
Rua Picaños 20 Santiago (Parroquia San) SANTIAGO
Fecha: 9:15 horas del día 29 de Octubre de 2025
Fallecimiento: Domicilio H. Ceinico - Stgo
Cementerio BOISACA Ayunt.º Santiago
Cónyuge: Nombre Antonio de la Torre Martinez

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

L SEÑOR
D/ña. JOSEFA CASTELA RAMOS (Vda de Antonio de la Torre Martinez)
(Vecinda de Rua Picaños, 20 Santiago)
falleció en _____ en el día de _____ a los 90 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos Manuel (+), José Antonio de la Torre Castela

Hijos políticos Paz Pereiro Otero

Padres nieta: Adrian, Román y JAIRO DE LA TORRE PEREIRO

Abuelos politicos: SONIA, MADIA, LETICIA.

Padres políticos hija: VEGA.

Hermanos _____

Hermanos políticos - Si

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos & 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

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMERO APELLIDO: CASTELAO
SEGUNDO APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO
RANOS
NOMBRE: JOSEFA
SEXO: SEXO NACIONALIDAD: NACIONALIZADA
F: ESP
FECHA DE NACIMIENTO: DATA OF BIRTH: 19 03 1935
NIF: AFT163147
VALIDO HASTA: VALIDO ATA: 01 01 9999

33031034K

Josefa Castela

LUGAR DE NACIMIENTO : LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA DE : PROVINCIA DE
A CORUÑA
NOMBRE DE : ALLOA DE
MANUEL / MAGDALENA
ECONOMIA : DOMINIO
C. FICAROS 20
LUGAR DE DOMICILIO : LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA DE : PROVINCIA DE
A CORUÑA

820PS - 50.000
15771L601

IDSPAFT163147833031034K<<<<<<
3503199F9901018ESP<<<<<<<<<<7
CASTELAO<RAMOS<<JOSEFA<<<<<<<<

Fallecida



REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 33251218A

APELLIDOS / APELIDOS
DE LA TORRE
CASTELAO

NOMBRE / NOME
JOSE ANTONIO

SEXO / SEXO : NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
M ESP 07 12 1961

EMISION / EMISSÃO VALIDEZ / VALIDADEZ
09 04 2024 09 04 2034

NUM. SOPORTE
CHT167274



392192

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. AGRO DAS BARREIRAS 78 P02
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



EURO / EURO
157711601



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

HIJO(A) DE / FILLO(A) DE
ANTONIO / JOSÉFA

IDESPCHT167274533251218A<<<<<<
6112077M3404090ESP<<<<<<<<<<<1
DE<LA<TORRE<CASTELAO<<JOSE<ANT

Solicitante

106040867

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. SARA RIAL FRIEIRO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO

e con exercicio profesional en

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

151512259

1ª colegiación
1ª colexiación

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:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

33031034-K

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

09:15

Día

Día

29

Mes

Mes

10

Año

Año

2025

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

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Otro lugar

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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)

FALLO MULTIORGÁNICO

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

ANEMIA ASUDA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

(c)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d)

EDEMA ASUDO PULMON

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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:

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 prótesis

En SANTIAGO, a 29 de OCTUBRE 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 45 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 Horas 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 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Horas Días Meses Años

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 5 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 10 Días Meses Años

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 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 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 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 45 Días Meses Años

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 Días Meses Años

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas Días Meses Años

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 5 Días Meses Años

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 10 Días Meses Años

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 JOSEFA CASTELAO RAMOS con documento identificativo DNI 33031034K, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 29 de octubre de 2025, a las 09:15 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 octubre de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
29/10/2025 13:55

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:dQvY-3zGv-z8bX-waKH



**TITULO DE CONCESIÓN DE UNIDADES DE ENTERRAMENTO
DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA**

Sepultura - 9.599

0F0030712

En cumprimento da resolución da Concellaría Delegada de Cemiterios con data do 02-10-2006, e logo de acreditar o pagamento das taxas correspondentes, inscribese no libro de rexistro do Cemiterio a concesión de uso da unidade de enterramento sinalada anteriormente a favor de:

Titulares
CASTELAO RAMOS, JOSEFA

DNI
33031034K

O prazo de concesión é de noventa e nove anos e o seu uso esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

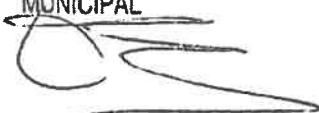
En caso de transición de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 03 de outubro de 2006

A CONCELLEIRA DELEGADA DE CEMITERIOS

O SECRETARIO XERAL DO GOBERNO
MUNICIPAL


Asdo.: Marta Álvarez-Santullano Fernández-Trigales


Asdo.: José Ramón Alonso Fernández

