

OTROS CONCEPTOS

ona: tu sobrina Ferreira Sarto e
tro 18 rasan bl. familia ~~Marcelo Pérez~~ (Ana)
tro 18 rasan ~~PAGADO~~ penas Mercedes y Alvaro TPV
tro 18 rasan bl. Javier, Car y Nuria efectivo
tro 18 rasan bl. ~~SPRL 1497~~ Celia 687 375 727 Itamer TPV
tro 18 rasan bl. Teresa e familia efectivo
tro 18 rasan rasan: Baldo e familia efectivo
tro 18 rasan bl. Joaquín ~~SPRL 1497~~ familia web

PAGADO
orosa SPRL rasan: familia Alvaro de Itamer Brun
SPRL 1497

NTRO (Var. 1): INNOVA SENIOR TPV
ACTORA A: INNOVA SENIOR SL. 60402218
a da Senra, 25, baixo - STGO - 15702
fo@innova.senior.com

FALLECIDO: JUAN FERREIRO CHENEL
Fecha de fallecimiento 25- OCTUBRE -2025
Domicilio RUA DO ANJO DE ABAIXO Nº27. SANTIAGO
Teléfonos: 619511396 (PEDRO HERNANDO) E-mail:

ST-534
Particular

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	X CA	Medida 1'90
Capilla ardiente	X Conxexo CERVANTES Sala Prep.	Si Libro
Gestión funeraria	X Si	☐ Tramitación UUW
Carroza traslado	X Domicilio - conxexo	
Prensa		
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. Iglesia S. Cayetano	
Certificado médico	X Si (061)	Registro Civil: SANTIAGO
Carroza	Si	Personal RESTOS ABAIXO
Ayunt. Sepultura	BOSACA SEP 1607	ENTERRAR QUEPO ABAIXO
Iglesia	CAPILLA CONXEXO	X Pinedo
Incineración		Urna:
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	X Javier	Funeral: X Vidor
Flores	Corona: R. Rojas "TU ESPOSA"	
	Corona: R. Blanca: TV PADRE	
	Corona: R. Tu HERMANO Y ESPOSA	
Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

se enhera en cuerpo de lazo

FALLECIDO: Nombre JUAN FERREIRO CHENEL D.N.I. Nº 33.235.129-Z
id. de los padres JOSÉ / ENCARNACIÓN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 - ABRIL - 1958
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio Rúa do Avío de Abaixo
Nº 27. SANTIAGO
Fecha: 01:33 horas del día 21 de Octubre de 20 25
Fallecimiento: Domicilio Rúa do Avío de Abaixo, Nº 27. SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Josefa Quiñoy Pampín (_____) D.N.I. 33242.541C
domiciliado en el mismo

L SEÑOR
D/ña. JUAN FERREIRO CHENEL
(Vecino Rúa Avío de Abaixo, 27 - Stgo)
falleció en _____ en el día de _____ a los 67 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Josefa Quiñoy Pampín
Hijos J-
Hijos políticos —

Padres José Ferreiro Otero (Vdo. Encarnación Chenel Juanes)
Abuelos —
Padres políticos —
Hermanos Pedro Ferreiro Chenel:

Hermanos políticos M.ª Victoria Porto Raña; Pilar, Antonio, Victoria, Isabel, Mari Luz Quiñoy Pampín

Nietos — Bisnietos — Tíos Si 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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
FERREIRO
CHENEL
NOMBRE / NOME
JUAN
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
14 04 1958
NUM. REPORT
BBH156074 VALIDEZ / VALIDEZ
29 04 2026

DNI 33235129Z

Juan Ferreiro Chenel

582912

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. DO AVIO ABAIXO 27
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

HUOIA DE / FILLOIA DE
JOSE / ENCARNACION

IDESPBBH156074033235129Z<<<<<<<
5804144M2604295ESP<<<<<<<<<<<<<7
FERREIRO<CHENEL<<JUAN<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ES REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 33229445B

APELLIDOS / APELIDOS
FERREIRO
CHENEL
NOMBRE / NOME
PEDRO
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP NACIMIENTO / NACEMENTO
26 01 1959
EMISION / EMISION
09 10 2024 VALIDEZ / VALIDEZ
09 10 2034
NUM. SOPORTE
CJC150668

864384

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. BARCIELA-SIGÜEIRO 4
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

HUOIA DE / FILLOIA DE
JOSE / ENCARNACION

IDESPCJC150668333229445B<<<<<<<
5901261M3410093ESP<<<<<<<<<<<<<5
FERREIRO<CHENEL<<PEDRO<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIDOS
**QUIÑOY
PAMPIN**

NOMBRE / NOME
JOSEFA

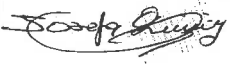
SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
10 08 1958

HUM BOPORT
BFJ164874

VALIDEZ / VALIDEZ
08 11 2027



DNI 33242541C

826944

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. AVIO DE ABAIXO 27

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
MELIDE

A CORUÑA

HAJQA DE / FILLO/A DE
LINO / EVANGELINA

IDESPBFJ164874133242541C<<<<<<<
5808108F2711081ESP<<<<<<<<<<<<2
QUINOY<PAMPIN<<JOSEFA<<<<<<<<<<

106041050

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña.
D. / Dna.

NOELIA FERNÁNDEZ

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

USO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

27 27 03 88

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JUAN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

FERREIRO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

CHENEL

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 14

Mes 04

Año 1988

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

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

Número:

33238129-7

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

Número:

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

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

01 : 33

Día 21

Día 21

Mes 10

Mes 10

Año 2025

Año 2025

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

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) SHOCK CARDIOGENICO

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

(c)

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵DISLIPEMIA
TABAQUISMO CRÓNICO

Horas Días Meses Años

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:

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 21 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐
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 ☐☐ ☐☐ ☐☐
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 anota 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
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

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 10
Horas 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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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 defunción, 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐
Horas 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 o 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 10
Horas 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

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 5
Horas 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 ambigüedades.
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.



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA



El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, D. José Ferreiro Otero y esposa - -
- - - - - ha satisfecho la cantidad
de DOS MIL OCHOCIENTAS NUEVE (2.809) - - - pesetas,
como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a per-
petuidad de la sepultura en tierra de tercera
clase, número 1607, del Cementerio Municipal de Boisaca.

Por tanto, se otorga a D. José Ferreiro Otero y
esposa - - - - -
la concesión a perpetuidad de la expresada sepultura, conforme al
acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este
Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión cele-
brada el día veintidos de Mayo
de mil novecientos setenta y nueve
con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autori-
zación de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona
sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.

En los casos de transmisión de la concesión por herencia, venta
o donación, debe darse conocimiento a la Excmo. Corporación Muni-
cipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será
reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio 1607 del Libro correspondiente.

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a uno de Junio
de mil novecientos setenta y nueve.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE,

EL SECRETARIO GENERAL,

Alcalde



[Firma]

Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra de tercera
clase, señalada con el número mil seiscientos siete
del Cementerio Municipal de Boisaca.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JUAN FERREIRO CHENEL, con documento identificativo 33235129Z, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte del 21 de OCTUBRE de 2025, a las 01:33 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 21 de OCTUBRE de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
21/10/2025 21:45

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:JDtj-HEyD-ZY72-8dyw

