OTROS CONCEPTOS

S.1564

20 IR 2.3 PAGADO TARJETA: FAMILIA LOPEZ BARREIRO WEB

10 T.V (MOD 1): FLORES PRIMAVERAS CON CARIÑO WEB

PAGADO

S.1563

Fra. 1483

Construcción sepultura → 1512 €

y Permiso Construcción → 313'90 €

* Arca Especial a cambio Construcción (Louides)

1482

FALLECIDO: JOSEFA BARREIRO DOMÍNGUEZ (web) ST:554

Fecha de fallecimiento 2 DE NOVIEMBRE DE 2025

Domicilio RÚA AMENEIRAL DE VISO, 5 - SANTIAGO

Teléfonos 685345698 Laura (hija) E-mail:

PREVE Pol. 01.142603 3.800 €

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'90x68		877 *
Capilla ardiente Praterias	Sala Prep. Sí	Libro sí	640 + 54 + 28'25
Gestión funeraria Sí	☐ Tramitación UUVV		173
Carroza traslado X HOSPITAL CLÍNICO AL COMPLETO			107
MARTES 17:15 Prensa X Correo 3			375
Radio			
Recordatorios fúnebres / tarjetas —			420 * Especial
Ómnibus acompañamiento —	CONSERVACIÓN (extra)		94'50
Turismo	id. SALE AL TANATORIO		46
Certificado médico X Sí	Registro Civil: SANTIAGO		3
Carroza Dos blancos	Personal		122 + 88'75 129'50
Ayunt.º: Sepultura BOISACA	X CONCESIÓN SEPULTURA Nº 10827		
Iglesia Capilla Complejo			151
Incineración —	Urna: —		
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino —		70.—
Cantores X JAVIER	Funeral: X D. Ricardo (X tabs)		
Flores Corona (WEB) Tus hijos e hijos Políticos			143
Corona (WEB) Tu esposo			143
Centro encima caja: Tus nietos — (118 R BR)			80
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario	27'10
			73'50

877

FALLECIDO:

Nombre JOSEFA BARREIRO DOMÍNGUEZ D.N.I. Nº 33212054P

id. de los padres ALFONSO Y MARÍA

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia SANTIAGO

Día, mes y año de nacimiento 1 DE MARZO DE 1952

Profesión Estado CASADA Domicilio

RÚA AMENEIRAL DE VISO, 5 - SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 02:10 horas del día 2 de NOVIEMBRE de 2025

Domicilio HOSPITAL CLÍNICO

SANTIAGO (A CORUÑA)

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña. Josefa Barreiro Domínguez (Veuva de Rúa Ameneiral de Viso - Santiago

falleció en en el día de 2/11/25 a los 73 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Juan Toscano Barranco

Hijos

Laura, María José y Juan Manuel Toscano Barreiro

Hijos políticos

Santiago Vientes, Cristián EPOH, —

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Manola, ~~Nati~~, María del Carmen, Milagros, Lucía, Natividad, Esperanza Barreiro Domínguez

Hermanos políticos sí

Iago, Jasmine, Anaís, —

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos sí Primos sí

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de Capilla de Boisaca

CASA MORTUORIA: Prateiras -

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

(NO)

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
BARREIRO
DOMINGUEZ

NOMBRE / NOME
JOSEFA

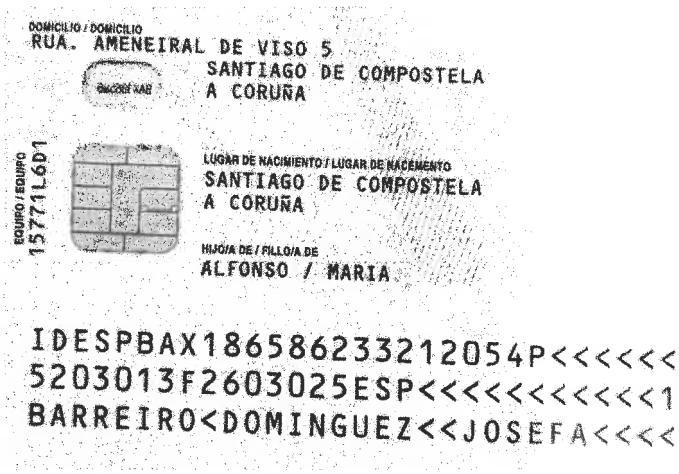
SEXO / SEXO F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
01 03 1952

NUM SOPORT BAX186586
VALIDEZ / VALIDEZ 02 03 2026

DNI 33212054P

976128



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. AMENEIRAL DE VISO 5
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L6D1

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
ALFONSO / MARIA

IDESPBAX186586233212054P<<<<<<
5203013F2603025ESP<<<<<<<<<<<1
BARREIRO<DOMINGUEZ<<JOSEFA<<<<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 29695892V

APELLIDOS / APELIDOS
TOSCANO
BARRANCO

NOMBRE / NOME
JUAN

SEXO / SEXO M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO 07 02 1948

EMISIÓN / EMISIÓN 29 01 2025
VALIDEZ / VALIDEZ 01 01 9999

NUM SOPORTE CJR179121

278016

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. AMENEIRAL DO VISO 5
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
PUEBLA DE GUZMAN
HUELVA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
CRISTOBAL / MANUELA

IDESPCJR179121929695892V<<<<<<
4802073M9901018ESP<<<<<<<<<<<1
TOSCANO<BARRANCO<<JUAN<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo* — COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA -

Nº Certificado/*Nº certificado*: 106040820

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. REBECA ALDAZ MARTÍNEZ, GRADUADA
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15
Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 14227
1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** JOSEFA

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** BARREIRO

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** DOMÍNGUEZ

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 04 — Mes / *Mes* 03 — Año / *Ano* 1952 — **Sexo:** / ***Sexo:*** Varón / *Varón* ☐ Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33212054-P
- ☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos* 01:10 — Día / *Día* 02 — Mes / *Mes* 11 — Año / *Ano* 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***¿En que 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* ☐

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) PARADA CARDÍACA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) FALLO MULTIORGÁNICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) ISQUEMIA MESENTÉRICA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5] — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐
Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐
Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☒ No/*Non* ☐

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* COLONIZACIÓN POR KLEBSIELLA OXA48

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☒ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 2 de NOVIEMBRE 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: ☐☐ Días: 4 5 Meses: ☐☐ Años: ☐☐

I

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 ↓ — Horas: 3 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 ↓ — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: 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 — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: 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 — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: 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.

Instrucións 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 transcorrido 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 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: ☐☐ Días: 4 5 Meses: ☐☐ Anos: ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ — Horas: 3 Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: ☐☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: 1 0

II

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabete — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: 5

Outras 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

registrocivil

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 **03 de NOVIEMBRE** de **2025.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª JOSEFA BARREIRO DOMÍNGUEZ que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33212054P** , según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **02** de **noviembre** de **2023** a las **01:10** 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
03/11/2025 12:17	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:GRbM-djRz-xagA-wXAN

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: **COMPLEJO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO**
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: **FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.**
Ubicación del establecimiento: SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: **JOSÉ MANUEL RODRIGUEGZ CASTELAO**	**DNI: 44813362R**
Titulación: **Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)** **Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140**	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: **JOSEFA BARREIRO DOMÍNGUEZ**			Nacionalidad: **ESPAÑOLA**
Dni/Pasaporte: **33212054P**	Sexo: **MUJER**	**Edad: 73**	Fecha nacimiento: **1 DE MARZO DE 1952**
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: **01:10 – 02/11/2025 HOSPITAL CLÍNICO – SANTIAGO**			
Causa fallecimiento: **ISQUEMIA MESENTERICA – FALLO MULTIORGANICO**			
Destino final: **CEMENTERIO DE BOISACA - SANTIAGO**			

Siendo las 09:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

☐ **Refrigeración**

☒ **Conservación transitoria:** ☐ **Congelación**

☒ **Otros (descripción)**

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ **Embalsamamiento:**

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carotida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☐ **Extracción de Marcapasos**

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 3 de noviembre de 2025

El profesional que realiza la técnica

JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO
44813362-R
TANATOPRACTOR
12/16/TR/SAN00140

José Manuel Rodríguez Castelao
44813362R

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria Tanatorio Apóstol Santiago S.L.
CIF: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela
☎ 24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M