

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Jose Manuel Collazo Requeno (Wob)
 Fecha de fallecimiento 26 November 2025
 Domicilio H. Luico 517
 Teléfonos: Huacale (0984) 607878052 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo <u>O S. CRUZ</u> Medida <u>1'90</u>	
Capilla ardiente <u>PRATERIAS</u> Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u>	
Gestión funeraria <u>Si</u> ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado <u>Hospital - Tumbado</u>	
<u>VENES</u> Prensa <u>X</u> <u>Carro 3</u>	
<u>18:30</u> Radio <u>NO</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento <u>—</u>	
Turismo <u>id.</u>	
Certificado médico <u>X</u> <u>Si</u> Registro Civil: <u>SANTAGO</u>	
Carroza <u>Personal</u>	
Ayunt.º: Sepultura <u>BOISACA</u> <u>2171</u> <u>VIERNES</u> <u>11:00 Horas</u>	
Iglesia <u>No</u> <u>X</u> <u>Retorno lapida</u> <u>—</u> <u>—</u>	
Incineración <u>Si/Huicigra</u> <u>19:00</u> Urna: <u>BASICA</u>	
Presencian ☐ SI ☒ NO Destino <u>BOISACA</u>	
Cantores <u>NO</u> Funeral: <u>NO</u>	
Flores <u>FAMILIA</u>	
<u>X</u> Sudario <u>X</u> Cubrefuneros <u>—</u> ☐ Acondicionamiento <u>—</u> ☐ Rosario	
<u>DNI y Certificación de Boisaca</u>	

FALLECIDO: Nombre Jose Manuel Gallazo Requijo D.N.I. N° 33189645 R
id. de los padres Manuel y Josefa
Naturaleza Silleda Provincia Pontevedra
Día, mes y año de nacimiento 12 Julio 1947
Profesión Sanhago Estado Galado Domicilio R/Honea N°100 6B

Fallecimiento: Fecha: 14:50 horas del día 26 de Noviembre de 20 25
Domicilio M. Pluino Sanhago
Cementerio Creuakno Borsaca Ayunt.º Sanhago

Cónyuge: | Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. Mercedes Cebeiro Sanhago (Esposa) D.N.I. 33244050 B
domiciliado en R/Xocana Nogueira 19C 3ºD Sanhago

D/ña. Jose Manuel Gallazo Requijo EL SEÑOR
Vecino de Xocana Nogueira - Sanhago
falleció en en el día de a los 78 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa Dña : Mercedes Cebeiro Sanhago

Hijos GALLEGO

Hijos políticos

Padres No Flores

Abuelos

Padres políticos

Hermanos No

Hermanos políticos No

Nietos Bisnietos Tios Si Sobrinos Primos Si

y demás familia.- Conducción e demais parentes

Funerales

en la iglesia de No

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

Colegio de  **Colegio de**

106042720

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Pablo Jose Pardo Gutierrez
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número 151519248
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Santiago de Compostela, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colexio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / **CERTIFICO** a defunción de

[illegible]

Fecha de nacimiento
Data de naixement

Día
Dia

Mes
Mes

Año
Any

Sexo:
Sexo:

Varón
Varón

Mujer
Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 331896YS-R
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 e data da defunción

Hora : minutos 14 : 50

Día 26

Mes 11

Año 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 trabajo Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

[illegible][illegible][illegible]

	Causa inicial o fundamental ⁴ /Causa inicial ou fundamental ⁴	Debido a/Devido a				
(d)	A D E N O C A R C I N O M A D E C O L O N E T V	↓				
			Horas Horas	Días Días	Meses Meses	Años Años

[illegible]

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indicios de morte violenta? ¿Se practicó autopsia clínica?/Practicouse autopsia clínica?

¿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 Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐

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

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

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 26 de Novembro 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 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 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 defuncção 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 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 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 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.



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 **27** de **NOVIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a JOSÉ MANUEL COLLAZO REQUEIJO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33189645R según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **26** de **NOVIEMBRE** de **2025** a las **14:50**

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.



