

OTROS CONCEPTOS

Centro por PAGADO América Dorada • efectivo
PAGADO América Dorada • efectivo
tra 18 con América Dorada y sus ciudades • efectivo
tra mod. PAGADO América Dorada • efectivo
SIMP. 1884

SF- 849
ST- 634

Web

FALLECIDO: ANGEL RAFAEL KEY ABEL

Fecha de fallecimiento 17 - DICIEMBRE - 2025

Domicilio H. CLÍNICO - SANTIAGO

Teléfonos: 699 20 45 86 (Yobade) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Redonda	Medida	c-1.
Capilla ardiente	oratorio	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	Hospital - TANATORIO		
Prensa			
Radio		NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO.		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	- id.	SALIDA SIN SACERDOTE	
Certificado médico	Si	Registro Civil	SANTIAGO
Carroza	Si	Personal	Si So habileas
Ayunt.º: Sepultura	PINELO (CON REGGIZA)	195	
Iglesia	SANTA MARINA DE GAFOI (1630)		
Incineración	Urna: DADOS A DON VÍCTOR (SAN JUAN)		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Corona Rosas Rojas: TU ESPOSA	Funeral:	1+1 (DON GENARO) (FAMILIA)
Flores	1ª • BUNDAS: TU HIJA E HIJA POLITICA		
	1ª • ROSAS: TUS HERMANAS Y HERMANOS POLITICOS		
	1 Centro 18 Rosas Blancas: TU SOBRINO OSCAR		
☒ Sudario	☒ Cubrefúnebres	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre ANGEL RAFAEL REY ABEL D.N.I. Nº 76289913 V
id. de los padres RICARDO Y MARIA
Naturaleza O PINO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 - OCTUBRE - 1945
Profesión _____ Estado DIVORCIADO Domicilio SANTAIA, 30 - CODES
BORDEIXÓN (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 6³⁰ horas del día 17 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio SANTA MARINA DE GATOI Ayunt.º FRADES

Cónyuge: Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. YOLANDA REY CASALLAR (Hija) D.N.I. 33300739 M
domiciliado en RUA SANTA COMBA, 4 BAJO - SANTIAGO

D/ña. ANGEL RAFAEL REY ABEL ~~L~~ SEÑOR
falleció en (Veano de Vista Alegre - Sgo.) en el día de 17/12/2025 a los 80 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a MA MARIA ISABEL CASALLAR FERNÁNDEZ
Hijos YOLANDA REY CASALLAR

Hijos políticos JOSÉ LUIS LAGO PÉREZ

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos JOSÉ ANTONIO, GUERSINDO, RICARDO (+) JUAN CARLOS (+)
MARIA DEL CARMEN, MARIA ROSA, Y JESÚS ANTONIO REY ABEL;

Hermanos políticos Si

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción JUEVES DÍA 18 A LAS 15'30 HORAS

Funerales A CONTINUACIÓN

en la iglesia de SANTA MARINA DE GATOI (FRADES)

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

NO

APELLIDOS/APELIDOS
 REY
 ADEL
 NOMBRES/NOME
 ANGEL-RAFAEL
 SEXO/SEXO
 M
 NACIONALIDAD/NACIONALIDADE
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO/ DATA DE NASCIMENTO
 14-10-1945
 NÚM. BOFOM/ Nº. P. VALIDEZ/VALIDADE
 BGN187827-01-01-9999

DNI-76289913V

697024

DOMICILIO / DOMICILI

RUA. SAN XUAN 6 PO4 C

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
5771 L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
O PINO
A CORUÑA

HUJO/A DE / FILLO/A DE
RICARDO / MARTA

IDESPBGW187827476289913V<<<<<<
4510141M9901018ESP<<<<<<<<<<<2
REY<ABEL<<ANGEL<RAFAEL<<<<<<<<

ES

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33300739M

33300739M

DNI 33300739M

APellidos / APELLIDOS
REY
CASCALLAR

Nombre / NOME
YOLANDA

SEXO / SEXO : NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

EMISIÓN / EMISSION
28 11 2023

VALIDEZ / VALIDEZ
28 11 2033

NÚM. SOPORTE
CGW181874

21 04 1973

382784

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
C. SAN XOAN 6 P04 C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
DONOSTIA / SAN SEBASTIÁN
GIPUZKOA

HIJOA DE / FILLOA DE
ANGEL RAFAEL / MARIA ISABEL

IDESPCGW181874733300739M<<<<<<<
7304213F3311282ESP<<<<<<<<<<<<<2
REY<CASCALLAR<<YOLANDA<<<<<<<<<

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105617189

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carmbo

D./Dña. NICOLÁS BELLO BUDALLO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en PONTEVEDRA, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

SANTIAGO

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

363607516

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ANGEL RAFAEL

1º Apellido del fallecido/a: REY

2º Apellido del fallecido/a: ABEL

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 10 Año 1945 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 16289913-V
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora: minutos 00:30 Día 17 Mes 12 Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: SANTIAGO

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro 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

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Si/ Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/ 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 Si/ Si ☐ Accidente laboral Si/ Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes 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 SANTAGO, a 17 de DICIEMBRE de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

NICOLÁS BELLO BUGALLO
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

MÉDICO
CNP 9542989

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 pela **causa imediata** e se remate coa **causa inicial ou fundamental**, é dizer, 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 defunção: "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 decir, 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ 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

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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 ÁNGEL RAFAEL REY ABEL, con documento identificativo DNI 76289913V, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 17 de diciembre de 2025, a las 06:30 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, 18 de diciembre de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
18/12/2025 12:08

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:unjN-KjY&-VVy7-4uCH

