

4/13/14
FALLECIDO: ANGEL RATAEI REX ABEL
Sobro Web SF-849 ST-634

4/13/14
FALLECIDO: ANGEL RATAEI REX ABEL
Sobro Web SF-849 ST-634

4/13/14
FALLECIDO: ANGEL RATAEI REX ABEL
SF-849
ST-634

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 - CODESO
BORDEIXÓN (A CORUÑA)

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

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

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

Su esposo/a no MARIA ISABEL CASCALLAR FERNÁNDEZ
Hijos YOLANDA REY CASCALLAR
Hijos políticos JOSÉ LUIS LAGO PÉREZ

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos JOSÉ ANTONIO, GUERSINZO, 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 MARINHA DE GAFOI (FRADES)
CASA MORTUORIA: _____
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

NO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS/APELIDOS
 REY
 ABEL
 NOMBRE/NOME
 ANGELO RAFAEL
 SEXO / SEXO
 M
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
 14-10-1945
 NÚM. DOCUMENTO / N.º DE IDENTIFICAÇÃO
 BGN187827 01 01 9999

DNI-76289913V

697024

DOMICILIO: DOMICILIO:

RUA. SAN XUAN 6 P04 C

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
O PINO
A CORUÑA

HUJDA DE / FILLOIA DE
RICARDO / MARIA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

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

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

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

HIJOS DE / FILLOS DE
ANGEL RAFAEL / MARIA ISABEL

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

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

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33300739M

APELLIDOS / APELLIDOS
REY
CASCALLAR

NOMBRE / NOME
YOLANDA

SEXO / SEXO : NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP 21 04 1973

EMISIÓN / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
28 11 2023 28 11 2033

NUM SOPORTE
CGW181874

382784

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105617189

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

NICOLÁS BELLO BUDALLO

PONTEVEDRA

SANTIAGO

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

363607516

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:

ANGEL RAFAEL

REY

ABEL

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 14

Mes 10

Año 1945

Sexo:

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

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

76289913-V

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día 17

Día 17

Mes 12

Mes 12

Año 2025

Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a 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 instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 ☒

Fecha del mismo: 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/
Assinatura do médico

NICOLÁS BELLO BUGALLO
MÉDICO
CNP 954.2980

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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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, anotarase 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 ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- 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

