OTROS CONCEPTOS

ÓRONA ROSAS BUNDAS: TU HERMANO JOSÉ Y TU SOBRINA POLÍTICA SEFA.

TRO. (Var. 1) - 1 PAGADO GOANE CELA - S.138 TPV

RONA (40 R. BP): PEDRO FERREIRO, ESPOSA E NIÑAS

ro chenel) Lo cobrar sin IVA 346 €

ENERO (Var. 2): COMPAÑERAS DE TU NIÑA ASUNCIÓN

FALLECIDO: JUAN FERREIRO OTERO

Fecha de fallecimiento 23 - ENERO - 2026.

Domicilio H. CONXO - SANTIAGO (La Peregrina - Stgo)

Teléfonos: 629.86.28.97 (José) E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-O. Medida CERRADA	
Capilla ardiente QUINTANA Sala Prep. Sí Libro Sí	
Gestión funeraria Sí ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado HOSPITAL - TANATORIO	
Prensa CORREO Nº 2 (Sábado)	
Radio 1 vez sábado.	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO.	
Ómnibus acompañamiento NO.	
Turismo id. Recoger 18:00 en San Fernando.	
Certificado médico Sí Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza Personal Sí	
Ayunt.º: Sepultura PINELO - PEREGRINA.	ENTIERRO URNA EL LUNES DÍA 26 A LAS 11 DE LA MAÑANA.
Iglesia CAPILLA COMPARTO	
Incineración 19 hrs. Cría:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino Sacristán	
Cantores CARLOS LEMA 50 Funeral: DON AGUSTÍN RS (121556)	
Flores 1 CORONA ROSAS BLANCAS: TOS HIJOS E NIÑA POLÍTICA. 1 " " BLANCAS: TOS NIETAS Y NIETO POLÍTICO. 1 CENTRO 18 ROSAS BLANCAS: ARDA CENCIRA CAJA.	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

ADR. ISQUIERDA EN IGLESIA DE LA PEREGRINA.

FALLECIDO:

Nombre JUAN FERREIRO OTERO D.N.I. Nº 33139981V

id. de los padres MANUEL Y ANTONIA

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 3 DE JUNIO DE 1931

Profesión Estado VIUDO, Domicilio LA PEREGRINA, 15 SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 12:15 horas del día 23 de ENERO de 2026

Domicilio HOSPITAL DE CONXO

Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. JOSÉ FERREIRO SEOANE (HIJO) D.N.I. 33267114Y

domiciliado en BELÉN, 7 - SANTA CRISTINA DE FECHA - SANTIAGO

D/ña. JUAN FERREIRO OTERO (Viudo de Nieves Seoane Cao)

falleció en (Vecino de la Peregrina - Stgo) en el día de 23/1/2026 a los 94 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Asunción y José Ferreiro Seoane;

Hijos políticos Merchi Díaz Glez;

Padres Nieves: Alba y Cristina;

Abuelos Nieto político: ~~Alb~~ Alberto; Bisnieta: Aroa;

Padres políticos

Hermanos José Ferreiro Otero;

Hermanos políticos Estrella y Artemio Seoane Cao; Celia Cela; y Carmen García;

Nietos — Bisnietos — Tios — 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

NO

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
FERREIRO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
OTERO
NOMBRE / NOME
JUAN
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
03 06 1931
IDESP
ANG176613
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

FTJ

DNI NÚM.
33139981V

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/País / PROVINCIA País
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / ANTONIA
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. PEREGRINA 15
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/País / PROVINCIA País
A CORUÑA
15771L601

IDESPANG176613733139981V<<<<<<
3106039M9901018ESP<<<<<<<<<<<8
FERREIRO<OTERO<<JUAN<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
FERREIRO
SEOANE
NOMBRE / NOME
JOSE
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
24 05 1965
IDESP BHP136358 VALIDEZ / VALIDEZ 17 08 2026

DNI 33267114Y 019968

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. BELEN-SANTA CRISTINA DE FECHA 7
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

NUMERO / SOUPO
15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JUAN / NIEVES

IDESPBHP136358933267114Y<<<<<<
6505242M2808174ESP<<<<<<<<<<<7
FERREIRO<SEOANE<<JOSE<<<<<<<<<

DECLARANTE (HIJO)

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*: A CORUÑA

Sello/*Carimbo*: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS CORUÑA

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105974064

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* Mª CARMEN GAYOL FERNANDEZ

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número / *co número* 083794

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* HOSPITAL PROVINCIAL CONXO

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 03 — Mes / *Mes*: 06 — Año / *Ano*: 1931

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón*: X — Mujer / *Muller*: ☐

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- X D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33139981-V
- ☐ 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*: 12:15 — Día / *Día*: 23 — Mes / *Mes*: 01 — Año / *Ano*: 2026

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* ☐ — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* X — 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) INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) SEPSIS URINARIA — 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) MIOCARDIOPATIA HIPERTENSIVA — 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* X

¿Se practicó autopsia clínica? / ***¿Practicouse autopsia clínica?*** — Sí / *Si* ☐ — No / *Non* X

¿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* X — Sí / *Si* ☐

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* X — 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* _____

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 23 de ENERO de 2026
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 — Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

debido a ↓

(c) Pielonefritis crónica — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

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

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 ☐☐ Años ☐☐

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 — Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

debido a ↓

(c) Pielonefrite crónica — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

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

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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 ☐☐ Años 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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA
LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago de Compostela
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don JUAN FERREIRO OTERO
a defunción de don/a
ocurrida a las 12:15
ocorrida ás
horas del día 23
horas do día
de enero **de** 2026
de **de**
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento: ----------
do fallecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as
sean las ~~**veintiocho**~~ 13 **horas siguientes a la del fallecimiento.**
12 ~~**veintiocho**~~ **horas do fallecemento**

Registro Civil de Santiago de Compostela
Rexistro Civil de

A 24 **de** enero
O **de**
de 2026
de

[redacted]
4 LETRADA

Antía Alvaredo Arias

FE PÚBLICA JUDICIAL · SANTIAGO