

OTROS CONCEPTOS

✓ 1. Familia Aluaret- (Javier Gadiis)
 2. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 3. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 4. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 5. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 6. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 7. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 8. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 9. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 10. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)

FALLECIDO: ENRIQUE MOSQUERA MATA

Fecha de fallecimiento: 1- Febrero - 2026

Domicilio: H-Clivico - LAMAS - CACHEIRAS

Teléfonos: Javer, 676 093160 E-mail: Pili (Hna) 606.25.1850

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	0 - Eco	Medida 1190
Capilla ardiente	Monte, 4	Sala Prep. si Libro
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	H-Clivico - Monte	
	Carre, 2 (Extra)	
	Prensa	
	Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Radio x Urna	
Ómnibus acompañamiento	X Gremio	
Turismo	id. 1630 H-Clivico Joseph	
Certificado médico	si	Registro Civil: Stgo
Carroza	si	Personal si
Ayunt.º: Sepultura	Custodia familiar	
Iglesia	Cacheiras	
Incineración	1830	Urna: Básica (costado familiar)
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino: X Campanero
Cantores	X Gerardo	Funeral: X Zorarias
Flores	Corona RB: Tu Hermana (Extra)	
	Corona RB: Tus sobrinos (Extra)	

1. Familia Aluaret- (Javier Gadiis)
 2. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 3. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 4. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 5. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 6. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 7. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 8. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 9. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)
 10. Familia Aluaret- Rodriguez (1808) (Chachi)

☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Enrique Mosquera Mata D.N.I. N° 33250229A
id. de los padres HERMINIO y MARIA DOLORES
Naturaleza TEO Provincia A Gnera
Día, mes y año de nacimiento 08-12-1960
Profesión _____ Estado _____ Domicilio _____

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 1 de Febrero de 20 26
Domicilio H- Clinico
Cementerio Crematorio Apostol Santiago Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. Enrique Mosquera Mata L SEÑOR (Vecino de Lamas - Cacheiras - Teo)

falleció en _____ en el día de 11/2/26 a los 65 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Pili Martin Mata

Hermanos políticos Sobinos: Antonio y David Alvarez Martin

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios si denir Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de Cacheiras

CASA MORTUORIA: Montuto, 3

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
MOSQUERA
MATA
NOMBRE / NOME
ENRIQUE
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
08 12 1960
VALOR / VALOR
BJF179159 07 03 2029

DNI 33250229A

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. LAMAS 13
CACHEIRAS
TEO
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TEO
A CORUÑA
HUELA DE / FOLIO DE
HERMINIO / MARIA DOLORES

15771L601

772416

IDESPBJF179159733250229A<<<<<<<
6012085M2903079ESP<<<<<<<<<<<<6
MOSQUERA<MATA<<ENRIQUE<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
MARTIN
MATA
NOMBRE / NOME
MARIA DEL PILAR
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
25 11 1974
NUM SOPORT
BNX106125 08 09 2026

DNI 44808479V

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. LAMAS 13
CACHEIRAS
TEO
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TEO
A CORUÑA
HUELA DE / FOLIO DE
VICENTE / MARIA DOLORES

15771L601

857344

IDESPBX106125044808479V<<<<<<<
7411250F2609083ESP<<<<<<<<<<<<7
MARTIN<MATA<<MARIA<DEL<PILAR<<

DECLARANTE

D./Dña. IAGO DE LARRINAGA ROMERO

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el númeroen Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

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

151513378

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:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

☐

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

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) FRACASO MULTIORGÁNICO05
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) SHOCK SEPTICO REFRACTARIO07
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) PROCTOSIGNOIDITIS24
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵ADENOCARCINOMA PULMONAR
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿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 de tráfico Sí/ SiAccidente laboral No/ Non
Accidente laboral Sí/ SiFecha del mismo: Día
Data do mesmo: DíaMes
MesAño
AñoContinúa 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 próteses

En SANTIAGO, a 01 de FEBRERO 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 ☐ ☐ 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

- 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 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 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.

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefríte 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 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: Diabetes

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 02 de **FEBRERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ENRIQUE MOSQUERA MATA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33250229A** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **01 de FEBRERO de 2026** a las **10:09** 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.



