

OTROS CONCEPTOS

~~Carro 400B PAGADO Cae TPV S. 218~~
~~Centro 747B PAGADO Cae Rosa y familia ePTM~~
~~Centro Med. 1° Familiares Natalia Rodríguez ePTM~~
~~Centro TPV PAGADO S. 210~~
~~Carro RB PAGADO Cae TPV S. 218~~
~~Centro Med. 1° B. Familiares Bárbara TPV~~

~~Caixa 1000 - Din e N~~ **PAGADO** 217
18. B. ~~Atro Con corio Nico~~ **PAGADO** 21704 (5215)

FALLECIDO: Peregrina Ramos Castela

Fecha de fallecimiento 1 febrero 2026

Domicilio R/da Peregrina - 16 - Route du Goro

Téléfonos: Isabel (hija) 676 9988 43 E-mail: _____

RESERVADO E-MAIL 14000 E-MAIL 14000 E-MAIL 14000

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C1	Medida	1'90
Capilla ardiente	Canvantes	Sala Prep.	Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUU	
Carroza traslado	Donada - Tanakmo		
Prensa	Lo meo, 2		
Radio	Wet Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	trip id Reservar en casa		
Certificado médico	Si	Registro Civil:	Famheja
Carroza		Personal	PROCESER
Ayunt.º: Sepultura	Bozaco Sep 6.22		VICERERO
Iglesia	Capilla Tanakmo		IGLESIAS con CAPAVER
Incineración		Urna:	Diavelo
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	No
Cantores	Si, Carlos	Funeral:	San Venera No Caven
Flores	Extrema R. Rojas "Tus hijos" 10 hijos políticos		
	Lorran R. Blancas "Tus hijos" 10 hijos políticos		
	Carz. Rojas "Sin Unica" PC 100		146€
	Carroza abierta vendo la casa		
☒ Sudario	☐ Cubrefrutos	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Peregrina Ramos Castaño D.N.I. N° 33242685 A
id. de los padres Eugenio y Concepción
Naturaleza Sauvago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 12 - Diciembre 1936
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Lugar Anio 28 - Sauvago

Fallecimiento: Fecha: 12:00 horas del día 1 de Febrero de 2026
Domicilio Rua do Peregrino nº16 (Monte do Gozo)
Cementerio Balsaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

LA SEÑORA

D/ña. Peregrina Ramos Castaño

Viuda de Domingo Ramos Iglesias - Vecina de Anio - Santiago

falleció en _____ en el día de _____ a los 89 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

~~Su esposo/a~~

Hijos Nieves (+), Carlos, Domingo, Pilar, María Jose e Isabel Ramos Ramos

Hijos políticos Maria Jose Rodriguez, Juan Carlos Bermejo, Jose Manuel Neira, e Daniel Leste

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

→ David, Alexis y Nacho; Alba y Oscar; Iria e Ivan; Ana y Raquel; Anxo

Nietos _____ Bisnietos No Tios _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción _____ y demás familia.

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEROS APELLIDOS
RAMOS
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDOS
CASTELAO
NOMBRE / NOME
PEREGRINA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
12 12 1936
NÚM. DNI / NÚM. DNI
AIB180410
DNI NÚM.
33242685A
RCP
Percegrina Ramos


LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PRIMER APELLIDO / PRIMEROS APELLIDOS
A CORUÑA
NOMBRE / NOME
ENRIQUE / CONCEPCION
DNI NÚM. / DNI NÚM.
LGAR. AMIO 28
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PRIMER APELLIDO / PRIMEROS APELLIDOS
A CORUÑA
DNI NÚM.
15771L6D1
IDESPAIB180410733242685A<<<<<<<
3612129F9901018ESP<<<<<<<<<<1
RAMOS<CASTELAO<<PEREGRINA<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD


APELLIDOS / APELLIDOS
ROZAS
RAMOS
NOMBRE / NOME
MARIA ISABEL
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
25 11 1974
NÚM. DNI / NÚM. DNI
BMV108607
DNI NÚM.
44809577B
368640
Maria Isabel Rozas Ramos

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. REBORDAOS 28
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
MADRE DE / FILLO DE
DOMINGO / PEREGRINA
IDESPBMV108607844809577B<<<<<<
7411250F3009244ESP<<<<<<<<<<9
ROZAS<RAMOS<<MARIA<ISABEL<<<<<

105963311

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.
D. / Dña.

Borja Ricardo Cadenó Yépez, licenciado

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

a Coruña
Santiago de Compostela

, con el número
, co-número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514669

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

PEREGRINA

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

BAMOS

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

CASTELAO

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 12

Mes 12

Año 1936

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

33242685-A

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

12:00

Día 01

Mes 02

Año 2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

12:00

Día 01

Mes 02

Año 2026

¿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 traballo

Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) SEPSIS DE PARTES BLANDAS

07
Horas Días Meses Años

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) ULCERA VASCULAR MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

06
Horas Días Meses Años

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) DIABETES MELLITUS

28
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos / Outros procesos

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 laboral

No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/Si

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Si ☐ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En Santiago de Compostela, a 01 de febrero de 2026

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]

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 4 5 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 0 0 0 0
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 2 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 0 0 0 0
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 0 0 0 0 5 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 0 0 0 0 1 0 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 defunção se comece pela **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 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 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 4 5 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 0 0 0 0
Horas Días Meses Anos

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 2 0 0 0 0
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 0 0 0 0
Horas Días Meses Anos

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 0 0 0 0 1 0 Días Meses Anos

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 0 0 0 0 1 0 Días Meses Anos

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 **PEREGRINA RAMOS CASTELAO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33242685A** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **01 de FEBRERO de 2026** a las **12:00** 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.



