

OTROS CONCEPTOS

CT. 24R.B "Tus Sobrinos" 848 819464 - Enrique Gestal
 Centro 18 roscas: Familia Murcia Pineda (Per) Gestal
 Centro 18 roscas - FDM: Peristino Gestal
 Centro 4 R.B. - Tus Hermanos Pineda
 Centro 18 R.B. : S. 310 CPV

PAGADO

S. 310

X ← Carmen Gestal (Sacar)

FALLECIDO: Maria Josefine Gestal Francisco
 Fecha de fallecimiento 16- Febrero - 2026.
 Domicilio Lgr. Hozar, 5- Calo - Teo
 Teléfonos: 653 09 5683 - Guila E-mail: guila.rios.gestal@n

CONCEPTOS		Servicio pres
Arca modelo	Calo	Medida 1'90 790
Capilla ardiente	Calo, 2	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	Tramitación UUV Si
Carroza traslado	Domicilio - Tant.	
Prensa	Lunes 16:00	
Radio	Lunes 16:00	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Si	
Ómnibus acompañamiento	Derecha y trancho	
Turismo	Si id. Recoger en Iglesia Calo	24'80
Certificado médico	X	Registro Civil: X Teo
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	X Retira conitos	
Iglesia	Calo	X Campana
Incineración	X Urna: X Abel	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	Si X Tauria	Funeral: X Tauria
Flóres	Calo R.B. Tu Esposa	146
	Calo R.B. Tu Lijo	146
☐ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre M^o Josefine Gestel Francisco D.N.I. N^o 76487090-5
id. de los padres Camilo y Josefine
Naturaleza Teo Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 4 DE SEPTIEMBRE DE 1948
Profesión _____ Estado Casado Domicilio Lgr. Marar, 5- Calo-Teo

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 00:15 de Febrero de 2026
Domicilio Lgr. Marar, 5- Calo (Teo)
Cementerio Calo Ayunt.^o Teo

Cónyuge: Nombre Agustin Rios Bustelo

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ : Página _____
DECLARANTE D. Camilo Rios Gestel (Hijo) D.N.I. 33301136-B
domiciliado en Marar, 5- Calo-Teo

D/ña. M^o Josefine Gestel Francisco L^a SEÑOR A
(Vecino de Marar, Calo-Teo)
falleció en _____ en el día de _____ a los 77 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Agustin Rios Bustelo
Hijos Camilo Rios Gestel

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos Si

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

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELLIDOS
GESTAL
FRANCISCO

VOSEBRE / NOME
MARIA JOSEFA

SEXO / SEXO **F** **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE** **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
04 09 1948

NUMERO / NUMERO **BB2158420** **VALIDEZ / VALIDADE** **18 08 2026**

DNI **76487090S** **863776**

MONEDERO / MONEDERAS
LGAR. MAZAS 5

CALO
TEO
A CORURA
 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
TEO
A CORURA
 NUMERO DE / FOLIO DE
CAMILO / JOSEFINA
 IDESPBBZ158420976487090S<<<<<<
 4809049F2608189ESP<<<<<<<<<5
 GESTAL<FRANCISCO<<MARIA<JOSEFI

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLUX
RIOS
GESTAL
NOMBRES / NOME
CANILO
SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
M **ESP**
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
10 03 1976
NUM. DOCUMENTO **VALIDEZ / VALIDADEZ**
B1Q143762 **07 12 2026**



DNI 33301136B **077952**

[illegible]

OMC §

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

105956413

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.

VICTOR M. Lois López LICENCIADO

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A CORUÑA

con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

TEO.

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

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

153203023

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

MARIA JOSEFINA

1º Apellido del fallecido/a:

GESTAL

1er Apellido do falecido/a:

FRANCISCO

2º Apellido del fallecido/a:

FRANCISCO

2º Apellido do falecido/a:

FRANCISCO

Fecha de nacimiento

Día

04

Mes

09

Año

1978

Data de nacemento

Día

04

Mes

09

Año

1978

Documento

de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

00:15

Día

16

Hora e data da defunción

Hora : minutos

00:15

Día

16

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

TEO

Domicilio particular

☒

Centro hospitalario

☐

Residencia socio-sanitaria

☐

Lugar de trabajo

☐

Otro lugar

☐

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido aCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b) ENFERMEDAD DE PARKINSON
ENFERMEDAD DE PARKINSON
Debido a/Debido a(c)

Debido a/Debido aCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido aII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵ENFERMEDAD DE PARKINSON
ENFERMEDAD DE PARKINSON
Debido a/Debido a

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

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

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/Sí

Accidente laboral

Sí/Sí

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 TEO, a 16 de Febrero de 2026
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

201
LUPEZ 32/03023.4

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 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 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 ☐ ☐ 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:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- 1.Empregar máiusculas 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, sepárelas 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 **16** de **FEBRERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA JOSEFINA GESTAL FRANCISCO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **76487090S** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16 de FEBRERO DE 2026** a las **00:15** horas, acaecida en **TEO**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar **sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



