

OTROS CONCEPTOS

efectivo 109.2026-01-3
11 FEB 2026
LUTO (24 R. BL): TUS PARIENTES POLITICOS < SOBRIÑOS •
RONA (10 R. BL): TUS HERMANOS Y TU CUÑADO TOÑO •
LUTO (18 R. BL): TU AMISADO SWAN GOSOS213 •
LUTO (18 R. BL): ANTONIO E LULA
LUTO (Var. 1): EUPHORIA GOOS 1 FAMILIA •
web 5255

FALLECIDO: JOSÉ ANTONIO VARELA GIGIREY

Fecha de fallecimiento 11 DE FEBRERO DE 2026

Domicilio Hosp. Cúmico

Teléfonos: 622541150 - MERCH

E-mail: 659350894

CONCEPTOS Dani 664350564		Servicio prestado
Arca modelo	Padava	Medida
Capilla ardiente	X Quintana	Sala Prep. si Libro si
Gestión funeraria	si	X Tramitación UUV
Carroza traslado	X Hospital - Complejo	
JUEVES	Prensa	
16:30	Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	No	
Ómnibus acompañamiento	Grabación lápida (Ramón - Larm. Portán)	
Turismo	id. En Iglesia S. Cayetano	
Certificado médico	X si	Registro Civil X Stgo
Carroza	si (2)	Personal si
Ayunt.º	X Sepultura Sep. 10830 - Gervasio (Juan Roca OK)	
Iglesia	X Capilla Complejo	
Incineración	—	Urna: —
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	si X Suso Luv	Funeral: X D. Víctor
Flóres	X Corona: Tu esposa •	
	Corona: Tus hijos •	
	Corona: Tus hijas políticas •	
	Corona (E.C.) Corazón: Daniela y Enzo •	
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento
		☒ Rosario

X 2 Tristes Parking

FALLECIDO: Nombre JOSÉ ANTONIO VARELA GIGIREY D.N.I. N° 33217330V
id. de los padres VALENTIN / CARMEN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 11 DE NOVIEMBRE DE 1955
Profesión _____ Estado Casado Domicilio Río Blanco Amor, 9
Santiago

Fallecimiento: Fecha: 04:00 horas del día 11 de FEBRERO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio Bosco Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Maria Soledad Camarero Fernández (Esposa) D.N.I. 33251681Y
domiciliado en Río Blanco Amor, 9 - Santiago

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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/APELIDOS
VARELA
GIGIREY
NOMBRE/NOME
JOSE ANTONIO
SEXO/SEXO
M
NACIONALIDAD/NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO/ DATA DE NASCIMENTO
11 11 1955
NUM. SOPORTE
BIK157656 VALIDEZ/VALIDEZ
05 11 2028

DNI 33217330V

262784

RUA BLANCO AMOR 9
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

157711601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
VALENTIN / CARMEN

IDESPBIK157656333217330V<<<<<<<
5511112M2811051ESP<<<<<<<<<<<<<9
VARELA<GIGIREY<<JOSE<ANTONIO<<

FALLECIDO



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 33251681Y

APELLIDOS/APELIDOS
CAAMAÑO
FERNANDEZ
NOMBRE/NOME
MARIA SOLEDAD

SEXO/SEXO
F
NACIONALIDAD/NACIONALIDADE
ESP
NACIMIENTO/NACIMENTO
30 03 1960

EMISIÓN/EMISIÓN
10 11 2025 VALIDEZ/VALIDEZ
10 11 2035
NUM. SOPORTE
CLS127499

509760

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILI
RUA. BLANCO AMOR 9 PBJ A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

157711601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
OUTES
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / JOSEFINA

IDESPCLS127499933251681Y<<<<<<<
6003302F3511107ESP<<<<<<<<<<<<<1
CAAMAÑO<FERNANDEZ<<MARIA<SOLED

SOLICITANTE (ESPOSA)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105849995

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

INES GOMEZ OTERO

A CORUNA

, con el número

, co número

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

151584854

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:

JOSE ANTONIO

VARELA

GIGINEY

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 11

Mes 11

Año 1985

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón ☒Muller ☐

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

32217330-V

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

04:00

Día 11

Día 11

Mes 02

Mes 02

Año 2026

Año 2026

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

SANTO DOMINGO

Domicilio particular ☐Domicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Lugar de traballo ☐Otro lugar ☐Outro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) SCHOCK CARDIOGENICO 02 11 02 26
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) 00 00 00 00
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) INTENTO AGUDO DE HECAROTO 12 11 02 26
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) INTENTO AGUDO DE HECAROTO 00 00 00 00
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵00 00 00 00
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
Accidente de tráficoNo/Non ☒
Sí/ Si ☐Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒
Sí/ Si ☐

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día 00

Día 00

Mes 00

Mes 00

Año 00

Año 00

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 SANTO, a 11 de Febrero de 2026

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 defunção 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 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.

Exemplo:

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) Hemorragia 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, anotaranse 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 ☐ ☐ Años ☐ ☐

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 ☐ ☐ Años ☐ ☐

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.



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 **11** de **FEBRERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JOSÉ ANTONIO VARELA GIGIREY** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33217330V** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **11 de FEBRERO DE 2026** a las **04:00** 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.



