

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: MANUEL ANGEL GARABAL MATA

Fecha de fallecimiento 24 DE MARZO DE 2026

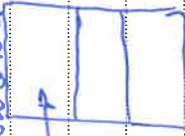
Domicilio HOSPITAL GIL CASARES

Teléfonos: 664636285-Jesús E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'90	805'37 - 626'75
Capilla ardiente	T. MONTUORO, P	Sala Prep. Si Libro Si	570 + 55 + 28'95
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO		109
	CORREO, 2		210
Prensa	Jueves 12:30		117'36 117'36
Radio	2 VECES MIÉRCOLES		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	No		
Ómnibus acompañamiento	No		
Turismo	id. RECOGER EN IGLESIA		
Certificado médico	Si	Registro Civil SAMAGO	3
Carroza	Personal		182'90 + 90'15
Ayunt.º: Sepultura	NICHO LIBRE	RINLO	132'70
Iglesia	SAN CRISTÓBAL DO EIXO	CAMPANERO	125
Incineración	Uva: NICANOR		55 (70)
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	80
Cantores	Si - JAVIER	Funeral 8	85
Flores	AL CORONA R. ROMAS: Tus HERMANOS Y HERMANAS PRINCIPALES		161
	AL CARON R. BUNCAS: Tus SOBRINOS		161
	Centro ec 24 R.B. Sin Ginta		
☒ Sudario	Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☒ Rosario
			27'70
			75'30

PDAD: JOSE GARABAL Y FAN.

NICHO LIBRE



FALLECIDO: Nombre MANUEL ÁNGEL GARABAL MAZA D.N.I. Nº 33265675-Q
id. de los padres JOSÉ / MARÍA . ERMITAS
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 21 DE FEBRERO DE 1964
Profesión Estado SOLTERO Domicilio PIÑEIRO, 35 - O EIXO
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 21:45 horas del día 24 de MARZO de 2026
Domicilio HOSPITAL GIL CASARES
Cementerio O EIXO Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. JESÚS GARABAL MAZA (HERMANO) D.N.I. 33240801-M
domiciliado en PIÑEIRO, 3 - O EIXO - SANTIAGO

L SEÑOR
D/ña MANUEL ÁNGEL GARABAL MAZA
(UECINO PIÑEIRO - O EIXO)

falleció en en el día de 24/3/26 a los 62 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos JESÚS CARMEN, MARISA Y JESÚS GARABAL MAZA

Hermanos políticos CARLOS, COBAS Y MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ

Nietos Bisnietos Tíos Si 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 / APELIDOS

GARABAL
MAZA

NOMBRE / NOME

MANUEL ANGEL

SEXO / SEXO

M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO

21 02 1964

NUM SOPORT

BBP157271

VALIDEZ / VALIDEZ

30 05 2026

452928

DNI 33265675Q

DOMICILIO / DOMICILIO

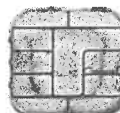
LGAR. PIÑEIRO

STA LUCIA 41

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

HUJOA DE / FILLOA DE

JOSE / MARIA ERMITAS

IDESPBBP157271033265675Q<<<<<<<
6402215M2605306ESP<<<<<<<<<<<<7
GARABAL<MAZA<<MANUEL<ANGEL<<<<

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS

GARABAL
MAZA

NOMBRE / NOME

JESUS

SEXO / SEXO

M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO

01 09 1961

NUM SOPORT

BBH156002

VALIDEZ / VALIDEZ

29 04 2026

630208

DNI 33240801M

DOMICILIO / DOMICILIO

LGAR. SANTA LUCIA EIXO 30

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

HUJOA DE / FILLOA DE

JOSE / ERMITAS

IDESPBBH156002733240801M<<<<<<<
6109019M2604295ESP<<<<<<<<<<<<9
GARABAL<MAZA<<JESUS<<<<<<<<<<

D./Dña. MARCOS LEBRERO ALVAREZ

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151511752

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MANUEL ANGEL

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

GARABAL

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

MAZA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 21

Mes 02

Año 1964

Sexo:

Varón ☒

Mujer ☐

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

33265675-Q

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

21:45

Día 24

Día 24

Mes 03

Mes 03

Año 2026

Año 2026

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

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 instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) BRONCOASPIRACION

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) CANCER ESOFAGO ESTADIO IV

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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

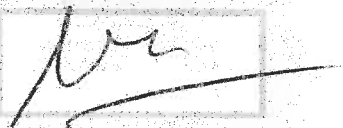
Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

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

En Santiago, a 24 de Marzo 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 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

1 0 0 0 0
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

1 0 0 0 0
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 dizer, 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 a 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 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 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

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 Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

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

1 0 0 0 0
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

1 0 0 0 0
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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MANUEL ÁNGEL GARABAL MAZA con documento identificativo DNI núm. 33265675Q según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 24 de marzo de 2026, a las 21:45 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

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

En Santiago de Compostela a, 25 de marzo de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
25/03/2026 12:05

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:N4eV-6KZK-hP8F-p9UP

