

OTROS CONCEPTOS

ENTRO (Var.): en consuegra MERIDA ^{TPV} ~~WTO~~
 ENERO (Var.): tus sobrinos
 otro mod y blanco: Tus sobrinos Monica y Javier ^{TPV}

25- 200
 ST- 26

FALLECIDO: Estrella Gades Coto web

Fecha de fallecimiento 31- Marzo-2026

Domicilio H. Coto

Teléfonos: 653 103 180 - Israel E-mail:

Partida

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1.90	
Capilla ardiente Monteb-3	Sala Prep. Si Libro SI	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado Hospital-Tanatorio		
Prensa Si No	Paraguas fergude	
Radio No	Centro salud Bequeron	
Recordatorios fúnebres / tarjetas 100		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo 16:00 id. Recoger en Iglesia de Sersude		
Certificado médico SI	Registro Civil SI	
Carroza Personal		
Ayunt.º: Sepultura SERSUDE	Xamparero vacitan	2000
Iglesia San Verísimo de Sersude	Pineles	
Incineración	Urna:	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores Miguel (500)	Funeral: D. Antonio	85 (126802)
Flores	Corona 40 R. Blancas "Tu Esposa"	
	Corona 40 R. Blancas "Tus hijos e hijos políticos"	
	Corona 18 R. Blancas "Tus nietos"	
	(Encom. cap)	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

Prop Enrique Rodriguez

→ Eslo

FALLECIDO: Nombre Estrella Gradas Coto D.N.I. Nº 76499702-T
id. de los padres Jesús y Matilde
Naturaleza Bogreixós Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 2-Septiembre-1949
Profesión _____ Estado Casada Domicilio Lga. Seigade Maregar s-
Bogreixós - A. Coruña

Fallecimiento: Fecha: 08:45 horas del día 31 de Marzo de 2026
Domicilio H. Coto
Cementerio San Venisimo de Seigade Ayunt.º Bogreixós

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Estrella Gradas Coto LA SEÑORA
(Vecina de Seigade - Bogreixós)

falleció en _____ en el día de 31-3-2026 a los 76 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Enrique Rodríguez Sanín

Hijos Mar, Isabel, Ana y Pablo Rodríguez Gradas

Hijos políticos Angel Blanco, Jese Manuel Esmon, Melisa Estoban

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ _____

~~Padres políticos~~ _____

Hermanos Flor (†), Ines, y Carmen Gradas Coto

Hermanos políticos Si

Pablo, Brais, Adrián y María

A

Nietos _____ Bisnietos No Tios No 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



105969490

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. JOAQUIN SANCHEZ LEIRA DOCTOR
D. / Dna.

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

Colegio actual
Colexio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151507341

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ESTRELLA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: GIADAS
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: COUTO
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 02 Mes 09 Año 1949 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento Día Mes Ano Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 76499702-T
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 08:45 Día 31 Mes 03 Año 2026
Hora e data da defunción Hora : minutos Día Mes Ano
SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo 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) INSUFICIENCIA CARDIACA DESCON-
PENSADA Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SD CARDIORRENAL Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

(c) Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y VALVUL Horas Días Meses Años
AR Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa NO

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Si ☒ 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 Prótesis mecánica valvular Aórtica

En Santiago, a 31 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 ☐ ☐ 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 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 excluyentes, 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, 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 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 ambigüedades.
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 **01** de **ABRIL** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ESTRELLA GIADÁS COUTO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **76499702T** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **31 de MARZO DE 2026** a las **08:45** 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.



