OTROS CONCEPTOS

50 Rosas

Corona: Funerarias (José Luis Lustro) 177'10 TPV — PAGADO — SIMPLI 751

Centro 18 rosas blancas: Coro Crecente (Franqueira)

Corona 75 rosas blancas: Familia Teira Otero — TPV — PAGADO — SIMPLI 746

Centro 25 rosas: Golf Val de Rois — Fra. 632 — Rosa, Juan Suárez — Rois Golf: 693660831

ZONA: 50 R.B. : PERSONAL DSG.

CENTRO 18 ROSAS blancas (82,) — PAGADO

FAMILIA BARDANCA MUIÑIZ

Corona flor variada 3: Equipo Comercial Con cariño — SIMPLI 752 — web

Centro 24 rosas blancas: Familia Alonso Díaz — PAGADO — SIMPLI 748 — web

Centro flor variada: Siempre te recordaremos, de Alonso Díaz — PAGADO — Fra. 624 — web

Centro colgante 40 rosas blancas: Con todo nuestro cariño Grafopias del Noroeste — PAGADO — SIMPLI 625 — web

Centro FV 2 B y R: Familia de la Fuente — SIMPLI 755 — web

Corona 40 RB: Siempre estarás en nuestro recuerdo — DOM 6 TPV — José Luis 616479795

Corona 50 R.B: Tus amigos de Logroño — web — SIMPLI 754

Corona FV 2 B y R: Joaquín y hermanos — TPV — SIMPLI 745

Centro Colgante 50 R.B: Hermanos Varela Rosa y Jesús — SIMPLI 753 — web

Centro 24 R.R: De vuestros amigos de la Michelada — efectivo — recog

Corona 43 R.B: Carmen Fernández - Robert y Oscar Iglesias — TPV

ct: FOLDER PAPELERA, S.A. — PAGADO
CALLE TELECOMUNICACIONES, 10, 28923 - Alcorcón (Madrid)
CIF: A84036311
Robert Iglesias 670026151
r.iglesias@folder.es — Fra. 621

Centro colgante 40 rosas: Mitsubishi Motor Espacio SAO — Fra. 623 — web

Centro 18 rosas: Familia Vidal Guerrero — web

Centro colgante 40 rosas: Tesa Tema SA — SIMPLI 751 — web

621

FALLECIDO: Rafael Rey Díaz — web

SF-285
ST-223
SC-114

Fecha de fallecimiento: 26 - Abril - 2026

Domicilio: Ría do Río, 24 - 1º D - Santiago — ALIANZA D262100

Teléfonos: 630 946882 - Rafa — E-mail: areyc@distrisantiago.es

630 946883 - Alejandro

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1 CON CRUZ PADOVA — Medida 1'90 84 42'85	590
Capilla ardiente: X Quintana	Sala Prep.: si — Libro: X si	656 55 17
Gestión funeraria: si	☐ Tramitación UUVV	150
Carroza traslado: X Domicilio al Complejo		67
Prensa	X Correo (1/2 Página) 1820 — S → 745	210
Radio	—	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—	
Ómnibus acompañamiento	—	
Turismo: 1	id. 17'45 en San Francisco	
Certificado médico: X si	Registro Civil: Stgo	3
Carroza: si	Personal: si	162 130
Ayunt.º: Sepultura	—	
Iglesia: X San Francisco	18'30	
Incineración	Urna: X Don Víctor (s/cajón)	360
Presencian: ☐ SI ☐ NO	Destino: Custodia familia -	75'30
Cantores: Familia	Funeral: X D. Miguel de la Mata	
Flores	Corona RB 50: Tu esposa	146
	Corona RB 50: Tus hijos e hijas Políticas	146
	Centro 18 RB en una caja: Tus nietos	146
X 2 Tarjetas Parking		
X Sudario ☐ Cubredifuntos X Acondicionamiento ☐ Rosario		2360 2460 75'30

Policía local

FALLECIDO:

Nombre Rafael Rey Díaz D.N.I. Nº 33148083-T

id. de los padres Rafael y Antonia

Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 9- Enero- 1944

Profesión — Estado Casado Domicilio Rua do Río 24-1ºD Santiago

Fallecimiento:

Fecha: 9:00 horas del día 26 de Abril de 2026

Domicilio su domicilio

Cementerio Crematorio Apóstol Santiago Ayunt.º Santiago -

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña. Rafael Rey Díaz (Presidente del Grupo Distri Santiago - DSG)

falleció en Santiago en el día de hoy a los 82 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Rosalía Couso Rodríguez

Hijos Rafael y Alejandro Rey Couso

Hijos políticos María Montserrat Rey y Sandra Samar

Padres

Abuelos Nietos: Isabel, Rosalía, Alejandra y Hugo

Padres políticos

Hermanos Encarnación, José Antonio, Concepción Rey Díaz

Hermanos políticos si

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de San Francisco

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

no -

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33148083T

DNI 33148083T

APELLIDOS / APELIDOS
REY
DIAZ

NOMBRE / NOME
RAFAEL

SEXO / SEXO: M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 09 01 1944

EMISIÓN / EMISIÓN: 14 01 2022
VALIDEZ / VALIDEZ: 01 01 9999

NUM SOPORTE
CBH140756

515520

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. DO RIO 24
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
RAFAEL / ANTONIA

IDESPCBH140756333148083T<<<<<<
4401096M9901018ESP<<<<<<<<<<<7
REY<DIAZ<<RAFAEL<<<<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33177819C

APELLIDOS / APELIDOS
COUSO
RODRIGUEZ

NOMBRE / NOME
ROSALIA

SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 07 09 1943

EMISIÓN / EMISIÓN: 26 03 2024
VALIDEZ / VALIDEZ: 01 01 9999

NUM SOPORTE
CHP121034

990656

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
C. RUA RIO 26
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / JOSEFA

IDESPCHP121034733177819C<<<<<<
4309077F9901018ESP<<<<<<<<<<<1
COUSO<RODRIGUEZ<<ROSALIA<<<<<<

DECLARANTE (ESPOSA)

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS A CORUÑA

106046938

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. ALBA MARÍA COSTA GRILLE
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en *, co número*

y con ejercicio profesional en HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTIAGO
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 28753

1ª colegiación / *1ª colexiación*: 19

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** RAFAEL

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** REY

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** DIAZ

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 09 — Mes / *Mes* 01 — Año / *Ano* 1944

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33148083-T
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- [ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos* 09:00 — Día / *Día* 26 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***¿En que concello ocorreu a defunción?:*** SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular / *Domicilio particular* [X] — 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 aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) SEPSIS ABDOMINAL — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) NEOPLASIA DE CABEZA DE PANCREAS — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / ***Houbo indicios de morte violenta?*** — Sí / *Si* [ ] — No / *Non* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / ***Practicouse autopsia clínica?*** — Sí / *Si* [ ] — No / *Non* [X]

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / ***A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:***

Accidente de tráfico / *Accidente de tráfico* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 / *En* Santiago, a / *a* 26 de / *de* Abril de / *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 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

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

II

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 1 0

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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 facìlitan 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 transcorrido 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 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 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 *Outros procesos:*

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

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 **27** de **ABRIL** de **2026.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª **RAFAEL REY DÍAZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33148083T** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **26 DE ABRIL DE 2026** a las **09:00** 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
27/04/2026 14:39	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	EVA BERNARDEZ PEREIRAS	ENCARGADO

RG:V9Pd-xsWx-9gCe-vf8k